

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
JEAN-FRANÇOIS VILLENEUVE

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES INFLUENÇANT L'AGENTIVITÉ
CHEZ DES FEMMES AYANT UN INDICE DE MASSE CORPORELLE
CORRESPONDANT AU CRITÈRE D'OBÉSITÉ

FÉVRIER 2018

Composition du jury

Les facteurs psychologiques influençant l'agentivité
chez des femmes ayant un indice de masse corporelle
correspondant au critère d'obésité

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Lucie Mandeville, directrice de recherche
(Professeure au département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Annie Aimé, membre du jury
(Professeure au département de psychoéducation et de psychologie,
Université du Québec en Outaouais)

Mélanie Couture, membre du jury
(Professeure associée au département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Sommaire

Parmi les études réalisées afin de mieux comprendre les facteurs influençant l'adoption de comportements de santé, certaines visent la conception de modèles (Ajzen, 1991; Bruchon-Scheitweitzer & Dantzer, 1994; Prochaska & DiClemente, 1982; Schwartz, 1992) contribuant à l'agentivité, c'est-à-dire au pouvoir d'influencer intentionnellement son propre fonctionnement, les circonstances de sa vie et le cours de son existence (Bandura, 2006). Le premier objectif de la présente recherche est d'identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité ($IMC > 30$). Le deuxième objectif est de décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006) : l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité. Les participantes sont dix femmes québécoises ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité. Cette recherche exploratoire est de type qualitatif, les données sont recueillies à l'aide d'entrevues semi-dirigées et analysées par la méthode d'analyse thématique. Les résultats montrent que certains facteurs psychologiques influencent l'agentivité dans la gestion du poids. Ces facteurs sont regroupés en trois catégories: la valeur personnelle, la cohérence personnelle et le pouvoir personnel. Dans la catégorie de la valeur personnelle, la honte nuit à l'agentivité et l'acceptation de soi la favorise. Dans la catégorie de la cohérence personnelle, la non-intégrité nuit à l'agentivité et de l'intégrité la favorise. Dans la catégorie du pouvoir personnel, la toute-puissance nuit à l'agentivité et le réalisme la favorise. Bien que souhaité, le développement de l'agentivité dans la gestion du poids

comporte certains pièges, tels que la honte, la non-intégrité et la toute-puissance.

L'acceptation de soi, l'intégrité et le réalisme permettraient d'éviter ces pièges.

Mots-clés : obésité, gestion du poids, agentivité, intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur, autoréactivité, autoréflexivité, valeur personnelle, cohérence personnelle, pouvoir personnel, recherche qualitative.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	8
Causes de l'obésité et ses impacts sur la santé	10
Causes de l'obésité.....	10
Facteurs influençant les habitudes de vie.	10
Facteurs génétiques.	14
Impacts de l'obésité et de la perte de poids sur la santé	15
Modèles décisionnels d'adoption de comportements de santé	16
Modèle des croyances relatives à la santé.....	17
Théorie de l'action raisonnée.....	17
Théorie de l'auto-efficacité et le sentiment d'efficacité personnelle.....	18
Théorie du comportement planifié.....	19
Agentivité humaine	20
Historique de la théorie de l'agentivité de Bandura.....	21
Trois modes de l'agentivité.....	22
Causalité triadique	22
Quatre propriétés de l'agentivité.....	23
Sentiment d'efficacité personnelle.....	24
Processus régulés par le sentiment d'efficacité personnelle.	26
Impacts du sentiment d'efficacité personnelle sur la gestion du poids.	28
Objectifs de recherche	37
Méthode.....	40
Type de recherche.....	41
Participants	42

Critères de sélection.....	42
Recrutement	43
Profil des participantes.....	44
Collecte des données	45
Entretiens semi-dirigés	45
Canevas d’entretien.....	46
Déroulement de la recherche	48
Considérations éthiques.....	48
Résultats	50
Analyse des résultats	51
Analyse thématique.....	51
Instrument de codage et catégorisation des données : le logiciel QDA-Miner ..	52
Étapes de l’analyse.....	52
Processus de validation.....	54
Procédures de validation interne.	54
Journal de bord	54
Entretiens d’explicitation.	55
Discussions continues avec les membres de l’équipe de recherche.	57
Présentation et description des résultats	57
Valeur personnelle	59
Honte.	59
Acceptation de soi.	71
Cohérence personnelle.....	80
Non-intégrité.	80
Intégrité.	90
Pouvoir personnel	101
Toute-puissance.....	101
Réalisme.	107

Discussion.....	114
Mise en relation des résultats de la présente étude avec les écrits scientifiques	115
Valeur personnelle	117
Honte.	117
Acceptation de soi.	124
Cohérence personnelle	135
Non-intégrité et intégrité.	136
Pouvoir personnel	148
Toute-puissance.	150
Réalisme	156
Variables importantes dans la modification des comportements de santé	165
Forces et limites de la recherche	168
Forces de la recherche.....	168
Limites de la recherche	170
Retombées anticipées de la recherche	172
Pistes d'investigation futures.....	174
Conclusion.....	179
Références	185
Appendice A : Consignes pour le recrutement des participantes.....	208
Appendice B : Document à remettre aux participantes.....	210
Appendice C : Canevas d'entretien	212
Appendice D : Formulaire de consentement.....	214

Liste des tableaux

Tableau

1. Description de l'échantillon	45
2. Guide pour la réalisation d'un entretien d'explicitation.....	56
3. Liste des facteurs par catégorie	58
4. Description de la honte	60
5. Trois sources de la honte	61
6. Effets de la honte sur l'intentionnalité	63
7. Effets de la honte sur la capacité de se projeter dans le futur.....	64
8. Effets de la honte sur l'autoréflexivité	65
9. Effets de la honte sur l'autoréactivité.....	68
10. Honte	70
11. Description de l'acceptation de soi	72
12. Éléments acceptés dans un contexte de gestion du poids.....	73
13. Effets de l'acceptation de soi sur l'intentionnalité	75
14. Effet de l'acceptation de soi sur la capacité de se projeter dans le futur.....	76
15. Effets de l'acceptation de soi sur l'autoréflexivité	77
16. Effets de l'acceptation de soi sur l'autoréactivité.....	78
17. Acceptation de soi	79
18. Description de la non-intégrité psychologique.....	81
19. Description de la non-intégrité physique.....	82
20. Effets de la non-intégrité sur l'intentionnalité.....	83
21. Effets de la non-intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur.....	84
22. Effets de la non-intégrité sur l'autoréflexivité.....	85
23. Effets de la non-intégrité sur l'autoréactivité	87
24. Non-intégrité	89
25. Description de l'intégrité psychologique.....	90
26. Description de l'intégrité physique	91
27. Effets de l'intégrité sur l'intentionnalité	93

28. Effets de l'intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur	95
29. Effets de l'intégrité sur l'autoréflexivité	96
30. Effets de l'intégrité sur l'autoréactivité.....	97
31. Intégrité	100
32. Description de la toute-puissance.....	102
33. Effets de la toute-puissance sur l'intentionnalité	103
34. Effets de la toute-puissance sur la capacité de se projeter dans le futur	104
35. Effets de la toute-puissance sur l'autoréflexivité	105
36. Effets de la toute-puissance sur l'autoréactivité.....	106
37. Toute-puissance.....	107
38. Description du réalisme.....	108
39. Effets du réalisme sur l'intentionnalité	109
40. Effets du réalisme sur la capacité de se projeter dans le futur	110
41. Effets du réalisme sur l'autoréflexivité	110
42. Effets du réalisme sur l'autoréactivité.....	111
43. Réalisme	112
44. Lien entre les catégories de facteurs issus de notre recherche et les catégories du soi de Baldwin et al. (2006).....	116
45. Types de motivation et facteurs de la catégorie de la cohérence personnelle	139
46. Tableau synthèse des concepts liés aux catégories de notre étude.....	166

Liste des figures

Figure

1. Modèle de la théorie du comportement planifié	19
2. Perception du pouvoir personnel	149
3. Toute-puissance versus réalisme	150

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier les participantes de cette recherche qui ont témoigné généreusement de leur expérience. Vous m'avez beaucoup appris! Vos points de vue enrichiront mon travail auprès de mes futurs clients.

Merci au Centre ÉPIC d'avoir accepté que je fasse mes entretiens avec des participantes de leur programme Kilo-Actif. Un merci spécial à Valérie Guilbeault qui a grandement facilité les démarches.

Un très grand merci à Lucie Mandeville, ma directrice de thèse. Un grand merci pour ton regard bienveillant, ta rigueur, ta patience et ton énorme dévouement. En tant qu'être humain et comme professionnelle, tu es et resteras toujours un modèle important et une profonde source d'inspiration.

Merci à Karine Morin pour avoir lu courageusement le premier jet de mes résultats lorsqu'il y avait, pour paraphraser Joseph II, (beaucoup) « trop de mots ». Tes encouragements et tes bons mots ont été déterminants dans les moments de doute.

Merci à Laurence D'arcy-Dubois, étudiante au doctorat à l'époque, pour avoir réalisé des entretiens d'explicitation qui m'ont aidé à clarifier l'organisation de mes résultats.

Merci à Marika Landreville et Samantha Faucher, qui ont transcrit rigoureusement mes entretiens.

Merci au groupe d'étudiants de ma directrice: Laurence D'arcy-Dubois, Geneviève Gilbert, Marie-Ève Labrecque, Jacinthe Lambert, Gabriel Grenier-Mélançon et Karine Morin. Votre complicité a grandement enrichi mon expérience doctorale.

Merci aux évaluateurs de ma thèse, Annie Aimé et Stephen Stotland, de prendre le temps de lire ma thèse et de me transmettre votre précieuse rétroaction.

Merci à mes amis Thomas Gottin, Mélanie Grenier, Mélisa Rouette et Carol Thibodeau, fiers partenaires de rédaction, pour avoir été fidèlement présents, semaine après semaine, et de m'avoir accompagné dans ces longues heures de travail.

Merci à mon équipe de *Jedi*: Stéphanie Bélisle, Martin Benny, Mélanie Gunes, Nancy Long et Mélisa Rouette, pour m'avoir lu chaque dimanche soir lorsque je vous partageais le travail accompli et mes objectifs de la semaine. Merci pour vos encouragements, ils ont été précieux.

Merci à mon grand ami et collègue, Martin Benny, tes forces intellectuelles et humaines sont d'une grande influence dans mon développement professionnel.

Merci à mes amis Alain Berger, Martin Roy et Michel Grisé pour votre accompagnement sur mon chemin de vie.

Merci à mon père, soutien indéfectible, à qui j'aurais bien aimé présenter le résultat de ce travail. Merci à ma mère, pour ton regard bienveillant et ta grande compréhension face à ma vie fort occupée. Merci à ma sœur et mes frères, Anne-Marie, Louis et Raymond, votre solidarité sans failles m'a apporté la sécurité nécessaire pour aller jusqu'au bout de cet important projet.

Pour terminer, un très grand merci à monoureuse, Kathleen, pour m'avoir accompagné toutes ces années. Ta présence, tes rires, ton esprit critique, ton acceptation de mon humeur bougonne dans les moments de stress ont mis du bonheur dans ces années d'épreuves.

Introduction

La conception de la nature humaine a significativement évolué au cours de l'histoire. Certaines conceptualisations ont davantage considéré la partie agentive de l'être humain et d'autres la partie non agentive. Selon Bandura (2006), l'agentivité est la capacité d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence.

Certains philosophes du 17^e au 19^e siècle, dont Descartes (1637/2008), Kant (1788/2003) et Nietzsche (1883-1885/1972), optaient pour des conceptions agentives mettant de l'avant le libre arbitre et la volonté. Dans un mouvement de retour du balancier, le 20^e siècle voyait des théoriciens en psychologie remettre en question l'agentivité. Freud (1916/2002) écrivait que les comportements humains étaient en grande partie modelés par des mécanismes inconscients. De leur côté, Skinner (1971) et les tenants du behaviorisme classique affirmaient que les comportements étaient conditionnés par les contingences de l'environnement. La révolution cognitive prenait naissance à la fin des années 1950 en proposant une vision non agentive de l'être humain (Bandura, 2007b), comparant celui-ci à un ordinateur par le computationnalisme (Fodor, 1975) et, ensuite, par une version plus complexe, le connectionnisme (Fodor & Pylyshyn, 1988). Pour leur part, les théories génétiques avançaient que le comportement humain était grandement déterminé par son ADN (Vale, 1973).

Du côté des théories prônant l'agentivité de l'être humain, il y a eu également le mouvement humaniste, avec Maslow (1943) et Rogers (1957), désirant favoriser l'actualisation de soi, ainsi que le constructivisme, affirmant que l'être humain construit cognitivement sa réalité. Avec eux, les thérapies cognitivo-comportementales visaient à aider l'être humain à reprendre son pouvoir sur ses cognitions et ses comportements.

La psychologie du 20^e siècle a montré que certaines dimensions de l'individu n'étaient pas sous son pouvoir. En fait, il n'était pas omnipotent. De plus, certains termes comme « volonté personnelle » ou « responsabilité » se sont vus confondus avec un blâme fait aux patients qui souffraient de pathologies et ils ont été évités (Baumeister & Tierney, 2011). Selon ces derniers auteurs, cet évitement de certains termes a mené à une culture d'indulgence qui, d'un côté, a favorisé la bienveillance et la compréhension envers des personnes atteintes de maladies, mais a malheureusement aussi eu comme effet de réduire de manière importante la perception du pouvoir de l'individu sur ses comportements, sur sa destinée et sa confiance en ses capacités d'accomplir des projets audacieux.

Bandura (2007b) s'est inspiré des travaux d'Ayala (1974) pour affirmer que trois types de réductionnisme pouvaient expliquer cette difficulté à reconnaître la partie agentive des individus. Premièrement, le réductionnisme ontologique conçoit les événements mentaux comme des éléments strictement physiques, voire mécaniques. Suivant ce raisonnement, n'ayant pas d'esprit ou de spiritualité, l'être humain ne peut être agentif. Deuxièmement, le réductionnisme épistémologique avance que les lois des phénomènes « supérieurs »

sont les mêmes que celles des phénomènes « inférieurs ». Par exemple, à partir des phénomènes conditionnés observés chez l'être humain, on conclut que tous les phénomènes chez celui-ci sont conditionnés, donc qu'il est non agentif. Troisièmement, le réductionnisme méthodologique se limite à l'étude des phénomènes observables, concrets et accessibles. L'agentivité humaine ne correspondant pas à ces critères, alors il en est déduit qu'elle n'existe pas.

Ces conceptions ont un effet sur la manière de percevoir l'agentivité et conséquemment, sur les comportements de l'individu. En ce sens, une personne ayant l'impression de ne pas avoir de pouvoir sur ses comportements est moins susceptible d'agir pour changer une situation (Bandura, 2007a) et, de ce fait, ne développera pas ses capacités agentives. D'un autre côté, affirmer qu'un individu est 100 % responsable de son poids n'est pas exact et peut causer des préjudices importants dans le cas de résultats non souhaités. Entretenir une approche saine et équilibrée de l'agentivité humaine semble donc être un défi.

De nos jours, avec les avancées démocratiques et technologiques, nombre d'occasions et de moyens permettent d'exercer son agentivité (Bandura, 2007a). D'autre part, la société de consommation engendre des tentations face auxquelles l'individu a davantage besoin de contrôler ses comportements (Baumeister & Tierney, 2011). Le phénomène de l'obésité est influencé par les nouveaux moyens technologiques (industrialisation de l'alimentation) et par les tentations provenant de la société de consommation.

La première partie de cette thèse exposera le contexte théorique dans lequel les causes et les impacts de l'obésité seront débattus. Ensuite, des modèles en psychologie de la santé (Ajzen, 1991; Becker, 1974; Fishbein & Ajzen, 1975; Rosenstock, 1966) qui ont tenté d'expliquer les facteurs influençant l'adoption de comportements de santé seront présentés. Puis, la théorie de l'agentivité de Bandura (2006) sera explicitée. Finalement, des études portant sur le sentiment d'efficacité personnelle, concept clé de la théorie de l'agentivité, et sur la gestion du poids seront expliquées.

La deuxième partie présentera les objectifs de la présente recherche. Le premier objectif consiste à identifier les facteurs psychologiques ayant des effets sur l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité. Le deuxième objectif vise à décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité (intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur, autoréactivité et autoréflexivité) telle que définie par Bandura (2006).

Dans la troisième partie, la méthode de cette étude sera présentée. Cette recherche, de type qualitatif, a été réalisée auprès de dix participantes à l'aide d'entretiens semi-dirigés. L'analyse thématique est la méthode qui a été retenue.

La quatrième partie présentera les résultats de cette étude en mettant l'accent sur trois catégories de facteurs psychologiques ayant des effets sur l'agentivité: la valeur personnelle; la cohérence personnelle; et le pouvoir personnel. La valeur personnelle

inclut les facteurs de la honte, laquelle nuit à l'agentivité, et de l'acceptation de soi, qui au contraire la favorise. La cohérence personnelle regroupe les facteurs de la non-intégrité et de l'intégrité, cette dernière favorisant l'agentivité au contraire de la non-intégrité. Le pouvoir personnel, quant à lui, inclut les facteurs de la toute-puissance, qui nuit à l'agentivité, et le réalisme, qui la favorise.

Dans la cinquième partie, les résultats seront discutés à la lumière des écrits scientifiques. Les trois catégories de facteurs ressortant de cette étude seront mises en lien avec les trois catégories du soi de Baldwin, Baldwin et Edwald (2006). Dans la catégorie de la valeur personnelle, les effets négatifs de la honte (p. ex., compulsions alimentaires) chez les personnes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité seront expliqués. Ensuite, encore dans la catégorie de la valeur personnelle, des recherches provenant du courant prônant l'acceptation permettront de documenter l'importance du facteur de l'acceptation de soi (p. ex., réduction des compulsions alimentaires, amélioration de l'humeur), particulièrement pour les personnes ayant une forte réactivité émotionnelle. Dans la catégorie de la cohérence personnelle, les résultats seront discutés à l'aide de la théorie de l'autodétermination. Le concept de motivation autonome de celle-ci sera mis en lien avec le facteur de l'intégrité (cohérence avec ses valeurs et ses besoins). Le facteur intégrité et la motivation autonome seront associés à la persistance comportementale. En somme, le sentiment d'efficacité personnelle semble être un prédicteur de la perte de poids à court terme, mais la motivation autonome, qui est en lien avec le facteur de l'intégrité, semble être un prédicteur pour le maintien de cette perte de

poids à moyen terme. De plus, la motivation autonome, en favorisant la réponse aux besoins et la cohérence avec les valeurs, semble réduire la tendance à compenser à l'aide de la nourriture la frustration des besoins. La motivation autonome, tout comme le facteur de l'intégrité, semble mener à une modification des priorités, celles-ci n'étant plus centrées sur l'apparence et le poids, mais se focalisant davantage sur le bien-être et l'épanouissement. Finalement, le pouvoir personnel sera expliqué à l'aide des concepts de responsabilité individuelle et de sentiment d'efficacité personnelle. Les effets néfastes (p. ex., sentiments dépressifs) de la surestimation de la responsabilité individuelle, associée au facteur de la toute-puissance, dans le domaine de la santé et de la gestion du poids seront explicités. Ensuite, les effets positifs de l'estimation réaliste de la responsabilité individuelle (p. ex., réduction de la pression et passage à l'action plus facile) et de l'efficacité personnelle (p. ex., meilleure réflexion et optimisme) seront développés. Les limites et les forces de la recherche, les retombées, ainsi que les pistes d'investigations futures seront finalement abordées.

Contexte théorique

Cette recherche étudie les facteurs psychologiques influençant l'agentivité. Dans ce contexte théorique, les causes de l'obésité et ses impacts sur la santé sont d'abord exposés, car ils permettent de comprendre la réalité des femmes qui ont participé à notre étude. Puis, l'évolution des modèles décisionnels menant à l'adoption des comportements de santé est présentée et est suivi du thème principal de cette thèse, le concept d'agentivité. Finalement, sont décrits les impacts du sentiment d'efficacité personnelle, qui est, en fait, la perception de l'individu de sa propre agentivité sur la gestion du poids.

De 2012 à 2013, une enquête canadienne sur les mesures de la santé a été réalisée auprès de 5 800 Canadiens par Statistique Canada (2014d). Cette enquête indique que 26 % des personnes âgées de 18 à 79 ans ont un poids correspondant au critère d'obésité de l'indice de masse corporelle (Statistique Canada, 2014b). Le critère international d'obésité est un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 30, comparativement au critère d'embonpoint qui se traduit par un IMC entre 25 et 30, et au poids normal qui se situe entre 18,5 et 25¹. Ce phénomène serait en pleine croissance si l'on considère que la proportion de Canadiens considérés obèses a doublé depuis l'enquête de santé Canada de 1978-1979 où le taux était de 13 % (Statistique Canada, 2014d).

¹ L'indice de masse corporelle (kg/m²) se calcule à partir du poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré. Le terme « surpoids » inclut l'embonpoint et l'obésité.

Dans cette partie, les causes de l'obésité ainsi que ses impacts sur la santé sont abordés. Dans un deuxième temps, les modèles décisionnels classiques en psychologie de la santé sont présentés. Finalement, la théorie de l'agentivité humaine de Bandura est explicitée ainsi que des recherches réalisées à l'aide de cette théorie concernant la gestion du poids.

Causes de l'obésité et ses impacts sur la santé

L'obésité est un phénomène complexe. Deux thèmes sont particulièrement étudiés et débattus à ce sujet. Le premier thème concerne les causes de l'obésité et le second les impacts de l'obésité et de la perte de poids sur la santé.

Causes de l'obésité

Le premier thème étudié et débattu porte sur les causes de l'obésité. Les deux principales causes reconnues de l'obésité sont les habitudes de vie, soit les comportements réguliers qu'adoptent les individus dans leur vie quotidienne, et la génétique. Les paragraphes suivants décrivent d'abord les facteurs influençant les habitudes de vie pour ensuite aborder les facteurs génétiques.

Facteurs influençant les habitudes de vie. Une grande partie des recherches étudie le lien entre les habitudes de vie, principalement l'alimentation et l'activité physique, et le poids des individus (Curioni & Lourenço, 2005; Douketis, Macie, Thabane, & Williamson, 2005; Elfhag & Rössner, 2005). Selon Tjepkema (2006), les personnes qui consomment quotidiennement cinq portions et plus de fruits et légumes, tout comme les

personnes actives physiquement, ont moins de probabilités d'être obèses. Cependant, en 2013, 51 % des Canadiens de 12 ans et plus reconnaissaient ne pas consommer autant de fruits et de légumes par jour (Statistique Canada, 2014c). Dans la même veine, 45 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré ne pas pratiquer l'équivalent d'un minimum de 30 minutes de marche par jour ou une activité physique d'une heure au moins trois fois par semaine (Statistique Canada, 2014a). Bien que l'alimentation et l'activité physique soient les deux habitudes de vie les plus souvent ciblées, d'autres habitudes ont une influence sur la gestion du poids. Il est de plus en plus reconnu, par exemple, qu'un problème au niveau du sommeil soit relié au gain de poids et à l'obésité (Blumfield, Zimberg, & Cain, 2018; Ross, Thomas, & Wing, 2016).

Différents facteurs influençant les habitudes de vie peuvent mener à l'obésité. Parmi ces facteurs, il y a la responsabilité individuelle, un environnement obésogène et les facteurs psychologiques autres que la responsabilité individuelle.

Responsabilité personnelle. Selon Saguy et Riley (2005), certains auteurs considèrent que les habitudes de vie reposent principalement sur la responsabilité personnelle. Par exemple, Lawrence (2004) avance que le poids est sous le contrôle personnel et que chaque personne peut éviter l'obésité par sa capacité à exercer des choix rationnels et par l'exercice de sa volonté. Pour sa part, Walter Willet explique le haut taux d'obésité par le fait que peu de personnes prennent au sérieux la gestion de leur poids (propos provenant d'entretiens réalisés par Saguy et Riley, 2005). Il ajoute que le principal motif invoqué

pour ne pas faire de l'activité physique est le manque de temps, ce qui ne semble toutefois pas correspondre à la réalité, si l'on se fie, prétend-il, aux sondages nationaux qui révèlent que les gens regardent la télévision en moyenne 29 heures par semaine. De nos jours, il faudrait aussi considérer les heures passées devant l'ordinateur, la tablette et le téléphone portable.

Environnement obésogène. La responsabilité personnelle ne peut expliquer à elle seule l'augmentation du taux d'obésité, puisque ce cadre de référence a montré des résultats très limités (Stable et al., 2002). En fait, un débat scientifique et idéologique a cours entre les tenants de la responsabilité personnelle et ceux préconisant le rôle de l'environnement (Kersh, 2009). Par exemple, Azétsop et Joy (2011) ainsi que Monaghan (2008) mettent de l'avant les impacts négatifs des structures sociales sur l'obésité qui pourrait être expliquée par l'influence des gouvernements et des entreprises qui génèrent l'offre alimentaire (Lawrence, 2004). L'augmentation des portions, l'emplacement des aliments malsains dans les commerces, la disponibilité de la nourriture faible en éléments nutritifs et ayant une haute teneur en gras, sucre et sel, ainsi que la publicité faite pour vendre ces produits créeraient un environnement alimentaire nuisible pour la santé (Brownell & Horgen, 2004). Certains gouvernements provinciaux du Canada, dont le Québec, ont mis en place des politiques pour interdire la vente de malbouffe dans les écoles primaires et secondaires. Pour chaque année d'interdiction, une différence de 0,05 au niveau de l'indice de masse corporelle a été observée entre les élèves ayant accès à la malbouffe dans leur école et ceux n'y ayant pas accès (Leonard, 2017).

Malgré ces constats et initiatives, des recherches qualitatives montrent que les personnes ayant un indice de masse corporelle correspondant aux critères d'obésité adoptent habituellement le discours dominant voulant que les comportements de santé soient principalement sous la responsabilité de l'individu et non de l'environnement (Bissel, Peacock, Blackburn, & Smith, 2016; Throsby, 2007). Cette perspective leur fait voir l'obésité comme un échec moral, voile une partie de la réalité et défavorise la mise sur pied d'interventions complètes et efficaces (Bissel et al., 2016). Si la grande majorité des interventions visant la gestion du poids sont centrées sur la modification individuelle des comportements (Gard, 2011), pour les chercheurs soulignant le rôle significatif de l'environnement, les gouvernements devraient par ailleurs instaurer des politiques plus franches en la matière (Swinburn, 2008).

Facteurs psychologiques. Certaines recherches se sont intéressées à l'influence de facteurs psychologiques, autres que la responsabilité personnelle, sur l'adoption de saines habitudes de vie dans un contexte de gestion du poids. Elfhag et Rössner (2005) en ont fait la liste: 1) les stratégies de résolution de problèmes, de gestion des menaces et des rechutes; 2) l'attitude; 3) le lieu de contrôle; 4) le sentiment d'efficacité personnelle; 5) l'estime de soi; 6) la personnalité; 7) l'autogestion de ses objectifs; 8) l'autorégulation du stress et des émotions; 9) la motivation; 10) les liens avec les troubles de l'humeur et les diagnostics psychiatriques.

Pour leur part, Mulvaney-Day, Womack et Oddo (2012) ont aussi identifié, comme facteurs psychologiques, la capacité de reconnaître la vraie faim et la fausse faim, l'habilité à apprécier les bénéfices d'une alimentation saine, les connaissances reliées à la nourriture et sa préparation, la perception des options disponibles concernant la nourriture, la capacité à maintenir un délai dans la gratification et la subjectivité relative à ce qu'est une alimentation normale. Les facteurs psychologiques seront approfondis dans la section sur les modèles décisionnels et dans la deuxième partie de ce contexte théorique.

Facteurs génétiques. Les habitudes de vie influencent le poids, cependant, elles ne sont pas la seule cause de l'obésité. Le contraire supposerait que les personnes ayant un surpoids ont un style de vie plus malsain que toutes les autres personnes. En réalité, selon Saguy et Riley (2005), certaines personnes ont un surpoids malgré leurs habitudes saines et d'autres sont minces, malgré leurs mauvaises habitudes.

Dans cette perspective, la génétique est un facteur déculpabilisant à considérer (Conrad & Schneider, 1992). Dans ce cas, la gestion du poids peut être prise en charge par le système de la santé (programmes, médication, chirurgie) (Kolata, 2004). Cependant, cette conception peut aussi stigmatiser l'obésité qui est alors vue comme une maladie (Saguy & Riley, 2005) et une personne obèse peut être perçue comme biologiquement défectueuse (Wang, 1992).

La plupart des chercheurs et intervenants actuels qui travaillent dans le domaine de l'obésité reconnaissent que le phénomène est très complexe et que ses causes sont multiples (Gard & Wright, 2005). En effet, la responsabilité individuelle, les facteurs environnementaux, sociaux, politiques, psychologiques et génétiques influencent à différents degrés le poids des individus (Wright & Aronne, 2012).

Impacts de l'obésité et de la perte de poids sur la santé

Le second thème qui est étudié et débattu concerne les impacts de l'obésité et de la perte de poids sur la santé. L'obésité est associée à de nombreuses maladies chroniques dont l'hypertension, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'arthrose et certains types de cancer (Tjepkema, 2006). Cependant, certains se questionnent sur les véritables raisons qui expliquent l'apparition de ces maladies, à savoir l'obésité ou les habitudes de vie. De plus, et à ce sujet, selon Preiss, Brennan et Clarke (2013), l'obésité et la dépression sont bidirectionnellement associées.

Rueda-Clausen, Ogunleye et Sharma (2015) ont réalisé une importante recension des écrits sur les bénéfices à long terme de la perte de poids, quand celle-ci est intentionnelle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas due à une maladie. Ils ont constaté que la perte de poids est associée à une diminution significative de la pression sanguine, une amélioration des fonctions cardiaques, une réduction des accidents cardiovasculaires, une diminution du diabète de type 2, une amélioration de la fonctionnalité chez les personnes souffrant d'ostéoporose et une réduction de la douleur. Concernant le taux de cholestérol, ils ont

constaté une réduction au niveau des triglycérides et une augmentation du cholestérol HDL (« bon cholestérol »), l'impact sur le cholestérol LDL (« mauvais cholestérol ») étant moins concluant. Ils ont aussi constaté une diminution des symptômes reliés à l'apnée du sommeil ainsi qu'une diminution des symptômes reliés à l'asthme (bien qu'ils considèrent que les données soient limitées). Ils soulignent cependant que le volume de perte de poids requis pour obtenir un changement significatif reste controversé et qu'une perte de poids trop rapide peut avoir des effets indésirables (excès de peau résiduelle, problème au niveau de la vésicule biliaire et du foie). Finalement, ils affirment qu'il est difficile de déterminer, pour certaines maladies, si l'amélioration de la santé est une conséquence de la perte de poids ou de la modification des habitudes de vie, ce qui pourrait expliquer qu'une amélioration significative de la santé peut être observée lors d'une faible perte de poids (3-5 %) et que la corrélation entre l'amplitude de la perte de poids et l'amélioration de la santé est plutôt faible.

Bien que les impacts de l'obésité et de la perte de poids sur la santé ne soient pas clairs, le lien entre les habitudes de vie et la santé l'est davantage. La section suivante présente les modèles concernant les facteurs ayant un impact sur l'adoption de comportements de santé.

Modèles décisionnels d'adoption de comportements de santé

Depuis une cinquantaine d'années, des chercheurs dans le domaine de la psychologie de la santé ont élaboré des modèles qui ont pour but d'expliquer ce qui influence

l'adoption de comportements de santé. Seront présentés ici les principaux modèles, c'est-à-dire le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock, 1966; Becker, 1974), la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991).

Modèle des croyances relatives à la santé

Le modèle des croyances relatives à la santé a été initialement développé par Rosenstock (1966) afin d'expliquer les raisons pour lesquelles les individus choisissent de se soumettre à des mesures de prévention (test de dépistage, vaccination). Dans ce modèle, le choix d'adopter un comportement préventif était déterminé par quatre types de perceptions ou de croyances : 1) la vulnérabilité perçue à la maladie; 2) la gravité perçue de la maladie; 3) les bénéfices perçus de l'adoption du comportement de santé; 4) les coûts et obstacles perçus de l'adoption du comportement de santé. Becker (1974) compléta ce modèle en y ajoutant trois types de facteurs: 5) les facteurs démographiques et sociopsychologiques; 6) la perception de la menace engendrée par l'apparition des symptômes; et 7) les incitations au comportement (déclencheurs d'action). Ce modèle fut grandement utilisé dans le but d'étudier l'observance thérapeutique (Fischer & Tarquinio, 2006).

Théorie de l'action raisonnée

Développée par Fishbein et Ajzen (1975), la théorie de l'action raisonnée a repris des concepts du modèle des croyances relatives à la santé de Rosenstock et elle y a ajouté la

notion de normes subjectives. Fishbein et Ajzen (1975) ont aussi introduit la notion d'intention à la base du choix d'adopter ou non un comportement de santé. L'intention est déterminée par deux éléments : 1) l'attitude vis-à-vis du comportement de santé, qui est elle-même déterminée par les croyances relatives aux conséquences de ce comportement; 2) la norme subjective vis-à-vis ce comportement. Ces facteurs sont influencés par des variables démographiques et par les traits de personnalité.

Théorie de l'auto-efficacité et le sentiment d'efficacité personnelle

La modification des croyances reliées à la menace à la santé et aux bénéfices du comportement sain n'est souvent pas suffisante pour provoquer un changement de comportement (Weinberg et al., 1984 cités dans Taylor, 1999). Bandura (1977) a alors fait une contribution importante avec sa théorie de l'auto-efficacité. Il a avancé qu'une des variables les plus importantes pour prédire l'adoption d'un comportement de santé est le sentiment d'efficacité personnelle, qui est la croyance qu'un individu entretient quant à sa capacité à s'organiser afin d'exécuter un comportement précis dans le but d'obtenir un résultat (Bandura, 1977). Il a été démontré dans de nombreuses études que le sentiment d'efficacité personnelle a un impact déterminant sur le degré d'effort qu'un individu est prêt à investir afin d'adopter un nouveau comportement (DiClemente, 1981; Weinberg, Hugues, Critelli, England, & Jackson, 1984).

Théorie du comportement planifié

Après avoir conçu la théorie de l'action raisonnée, Ajzen (1991) simplifia son modèle et y ajouta une nouvelle variable, la perception du contrôle, laquelle se rapproche du concept de sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1977). De là naissait la théorie du comportement planifié. Dans ce modèle (Figure 1), la notion d'intention est toujours à la base du choix d'adopter ou non un comportement de santé. Cette intention est influencée par trois éléments : 1) l'attitude envers l'action, qui est toujours déterminée par les croyances quant aux conséquences du comportement; 2) les normes subjectives, qui sont le résultat des croyances normatives de l'individu et de sa motivation à se conformer à ces croyances; 3) la perception du contrôle sur le comportement, qui provient des croyances que la personne entretient quant à ses propres capacités de contrôle. Les études montrent que cette dernière variable, près du concept de sentiment d'efficacité personnelle, est un prédicteur de l'intention et des comportements (Stroebe & Stroebe, 1995).

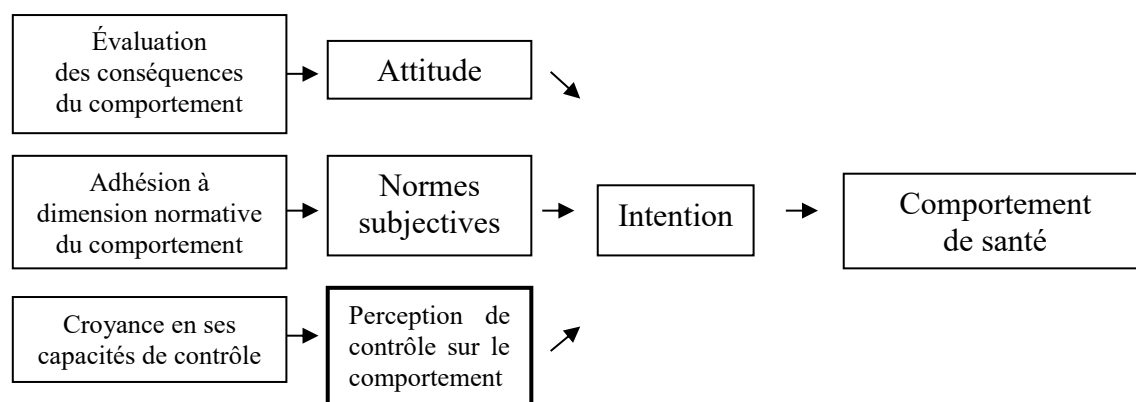


Figure 1. Modèle de la théorie du comportement planifié.

D'autres modèles ont par la suite intégré le sentiment d'efficacité personnelle ou le contrôle perçu comme variable. C'est le cas du modèle transthéorique de changement de comportement (Prochaska & DiClemente, 1982), de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 1991), de la théorie du processus de l'action de santé (Schwarzer, 1992) et du modèle intégratif biopsychosocial de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994).

Ces modèles développés en psychologie de la santé permettent de comprendre avec plus de précision les facteurs influençant les intentions des individus quant à l'adoption de comportements de santé. De cette manière, il est possible d'agir sur ces facteurs afin de favoriser l'intégration de comportements sains et ainsi avoir un impact sur la gestion du poids.

Agentivité humaine

Les recherches et les modèles ci-dessus ont pour objet d'améliorer la santé des individus par la modification de leurs comportements, ce qui est particulièrement pertinent en ce qui concerne la gestion du poids. Plusieurs d'entre eux, particulièrement ceux qui font référence au sentiment d'efficacité personnelle ou au contrôle perçu, favorisent l'autogestion des habitudes de santé et vont dans le sens du développement de l'autonomie et la responsabilisation des individus. En effet, passant d'un modèle exclusivement centré sur la maladie à un modèle intégrant la promotion de la santé, le développement de l'agentivité personnelle prend de plus en plus d'importance dans le domaine de la santé (Bandura, 2006).

Tel que mentionné précédemment, selon Bandura (2006), l'agentivité est le pouvoir d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence. Selon ce chercheur, cette capacité de réaliser des actions autodirigées et des résultats autoproduits fait en sorte que l'individu se reconnaît comme un agent de changement. L'esprit humain est alors non seulement réactif, il est aussi générateur, créatif, proactif et réflexif.

Cette section présente la théorie de l'agentivité de Bandura, incluant son historique, les trois modes de l'agentivité, son principe de causalité triadique, ses quatre propriétés, le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que des études reliées à la gestion du poids.

Historique de la théorie de l'agentivité de Bandura

Au début de sa carrière, Bandura a conçu la théorie de l'apprentissage social dans laquelle il a développé le concept de l'apprentissage vicariant (Bandura, Ross, & Ross, 1963) ou de l'apprentissage par observation, ce qui le distinguait du courant behavioriste qui concevait l'apprentissage seulement par l'intermédiaire des mécanismes de renforcement (Carré, 2004). Il s'est ensuite intéressé au concept de l'agentivité, en développant d'abord le concept de l'agentivité morale (Bandura, 1986). Sa conceptualisation de l'agentivité morale permettait d'expliquer le comportement moral ainsi que les mécanismes par lesquels les gens se désinvestissent de tels comportements (Bandura, 2004). En fait, selon ce concept, les individus régulent leurs comportements moraux en déterminant ce qui est bien et mal, et en s'appliquant des sanctions positives et

negatives (Bandura, 2006). Les autosanctions positives leur procurent une satisfaction ainsi qu'un sens de valeur personnelle et les autosanctions negatives, une autocondamnation. Ils peuvent, au contraire, se desengager de conduites morales en justifiant leur conduite reprehensible, en utilisant un euphemisme ou en se comparant aux autres (Bandura, 1986). Ils peuvent aussi minimiser, ignorer ou fausser les effets nefastes de leurs comportements. Finalement, ils peuvent deshumaniser la victime de leurs comportements ou leur attribuer un blame.

Trois modes de l'agentivité

Bandura a defini trois modes d'agentivité : individuelle, de proximite et collective. L'agentivité individuelle refere au pouvoir que detient un individu sur ses propres comportements. La presente etude se refere principalement a ce premier mode. L'agentivité de proximite consiste a exercer une influence sur une autre personne qui detient les ressources, les connaissances ou les moyens d'action permettant l'atteinte des resultats desires (Bandura, 1997). Finalement, l'agentivité collective resulte du travail d'un groupe d'individus mettant en commun leurs connaissances, leurs habiletés et leurs ressources dans le but de concevoir leur futur (Bandura, 2000).

Causalité triadique

Bandura ne perçoit pas l'être humain comme étant tout-puissant. En fait, par sa conception de la causalité triadique, il explique les causes d'un resultat, par exemple l'obésité, par l'influence mutuelle de trois variables : 1) les comportements de l'individu;

2) ses facteurs internes (cognitifs, affectifs et biologiques); et 3) les facteurs environnementaux (Bandura, 1996). De cette manière, Bandura sort de la dualité opposant la liberté et le déterminisme.

Quatre propriétés de l'agentivité

Un défi pour Bandura (2006) a été d'identifier les mécanismes par lesquels le cerveau crée des événements mentaux et d'expliquer comment ces événements ont un impact sur la réalité de manière déterminante. Il a alors opérationnalisé cet objectif en définissant quatre propriétés de l'agentivité.

La première propriété est l'intentionnalité, c'est-à-dire la capacité de former librement des intentions. Plus précisément, l'intentionnalité est la capacité de concevoir librement ses propres buts, de se fixer ses propres standards et critères personnels afin d'initier, de guider et d'ajuster ses propres comportements (Bandura, 2006). Cette faculté inclut aussi l'élaboration d'un plan d'action.

La deuxième propriété est la capacité de se projeter dans le futur, c'est-à-dire la capacité de visualiser l'atteinte de ses buts et d'anticiper les résultats de ses actions. Il s'agit de l'extension temporelle de l'agentivité. Cette capacité d'imaginer les résultats de ses actions dans le temps a comme principale fonction de motiver les efforts de l'individu en leur donnant un sens, une direction et une cohérence.

Il est possible d'avoir l'intention d'agir, d'élaborer un plan d'action pour réaliser ses intentions (intentionnalité) et d'anticiper des résultats désirés (capacité de se projeter dans le futur) sans nécessairement agir. La troisième propriété, l'autoréactivité, permet d'aller au-delà de la simple intention et de passer réellement à l'action. L'autoréactivité est la capacité de construire un enchaînement d'actions approprié aux circonstances et de passer à l'action tout en maintenant sa motivation dans le quotidien.

Finalement, la quatrième propriété est l'autoréflexivité. Après être passé à l'action, l'individu a la capacité d'observer son propre fonctionnement. À travers cette conscience de soi, il peut réfléchir sur sa propre efficacité, remettre en question ses cognitions, ses actions et évaluer le sens de ses comportements afin d'ajuster sa conduite, si nécessaire.

Sentiment d'efficacité personnelle

Tel que mentionné plus haut, Bandura a développé le concept du sentiment d'efficacité personnelle qui est maintenant largement utilisé dans les modèles de la psychologie de la santé (Fischer & Tarquinio, 2006). Le sentiment d'efficacité personnelle est la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités (Bandura, 1997). Pour Bandura (2007a), cette croyance est le fondement de la motivation et de l'accomplissement humain.

Le sentiment d'efficacité personnelle est un processus d'autopersuasion ne se résumant pas seulement à la répétition mentale d'affirmations positives sur la qualité de ses capacités

(Bandura, 1992). En fait, le sentiment d'efficacité personnelle est un processus complexe se basant sur quatre sources (Bandura, 1997) : les expériences antérieures de maîtrise de la tâche; l'expérience vicariante (être témoin d'une autre personne qui réussit la tâche); la persuasion verbale d'une autre personne envers l'efficacité du sujet; et l'état physiologique (p. ex., un souffle court indique une faible efficacité à l'effort).

L'agentivité et le sentiment d'efficacité personnelle sont interreliés. Le sentiment d'efficacité personnelle concerne la croyance en la capacité d'atteindre des buts, alors que l'agentivité est le pouvoir effectif de les atteindre. Par exemple, le sentiment d'efficacité personnelle est la perception de l'individu quant à sa capacité de réaliser des comportements de santé lui permettant de gérer son poids et l'agentivité est sa capacité réelle de le faire. Pour Bandura (2007a), le sentiment d'efficacité personnelle constitue le facteur clé de l'agentivité humaine; une personne qui estime pouvoir produire des résultats tentera davantage d'utiliser ses capacités agentives.

Bandura (2007a) affirme qu'une des variables les plus importantes pour prédire l'adoption d'un comportement de santé est le sentiment d'efficacité personnelle. Il a été montré par de nombreuses études que ce dernier a un impact sur le degré d'effort qu'un individu est prêt à investir afin d'adopter un nouveau comportement (DiClemente, 1981; Weinberg et al., 1984). Les recherches ont aussi conclu que le sentiment d'efficacité personnelle a un impact sur la formulation des objectifs, la pensée stratégique,

l'optimisme, la persévérance face aux obstacles, la résilience, le stress, les sentiments dépressifs, les attentes quant aux résultats et l'atteinte des buts (Bandura, 2000).

Processus régulés par le sentiment d'efficacité personnelle. Bandura a voulu expliciter les impacts du sentiment d'efficacité personnelle sur certains processus humains. Selon lui, le sentiment d'efficacité personnelle a des impacts sur les processus cognitifs, affectifs, motivationnels et de sélection de l'environnement (Bandura, 1992). Ces processus influencent l'agentivité de l'individu, donc son pouvoir sur ses comportements.

D'abord, le sentiment d'efficacité personnelle a des impacts sur les processus cognitifs. Par exemple, il a un impact sur le processus de résolution de problèmes lorsque l'individu rencontre des difficultés. En effet, les personnes ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevé montrent davantage de flexibilité stratégique (Bandura, 2000) et de discernement leur permettant de comprendre les règles régissant les événements (Wood & Bandura, 1989).

Le sentiment d'efficacité personnelle a aussi un impact sur les processus motivationnels, selon trois formes de motivateurs cognitifs : les attributions causales, les attentes de résultats ainsi que les buts réfléchis (Bandura, 2000). Les théories reliées à ces trois motivateurs sont la théorie de l'attribution (Weiner, 1988), la théorie des attentes (Vroom, 1964) et la théorie des buts (Latham & Locke, 1991). Les attentes de résultats et les buts

réfléchis sont des mécanismes anticipatoires qui influent sur le niveau de motivation tandis que les attributions causales sont des mécanismes rétrospectifs. Cependant, les attributions causales affectent les actions futures par leurs impacts sur l'évaluation par l'individu de ses capacités et du niveau de difficulté de la tâche (Bandura, 1992).

Le sentiment d'efficacité personnelle a aussi des impacts sur la régulation des processus affectifs, et ce, principalement de quatre manières : sur la manière dont la menace est interprétée; sur les actions qui auront un impact sur la menace; par le contrôle exercé sur les pensées perturbatrices; et en soulageant les états affectifs aversifs (Bandura, 1997). Les individus croyant qu'ils peuvent gérer les menaces ressentent moins de détresse contrairement à ceux qui se perçoivent comme impuissants (Bandura, 2000). Ces dernières vont plutôt avoir tendance à magnifier les risques potentiels et à s'inquiéter à outrance, ce qui a comme impact de nuire à leur fonctionnement (Bandura, 1997).

Finalement, le sentiment d'efficacité personnelle a un impact sur les processus de sélection de l'environnement. Les personnes ayant un sentiment d'efficacité personnelle élevé vont davantage être aptes à choisir et créer un environnement soutenant (Bandura, 2000). Dans le même ordre d'idées, ces personnes vont davantage s'attaquer à la source de leurs problèmes, avoir ainsi un impact sur leur environnement et rendre ce dernier moins anxiogène (Bandura, 2000).

Impacts du sentiment d'efficacité personnelle sur la gestion du poids. Dans ce qui suit, les impacts de la responsabilité individuelle sont comparés à ceux du sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion du poids. Certaines recherches ont montré que les personnes qui entretiennent un haut sens de la responsabilité individuelle, observé par le développement de stratégies alimentaires et de stratégies pour faire face aux obstacles et mesuré par l'échelle de la responsabilité du MMPI, obtiennent davantage de résultats quant à leur perte de poids et à son maintien (Colvin & Olson, 1983; Kayman, Bruvold, & Stern, 1990; Hartz, Kalkoff, Rimm, & McCall, 1979).

L'accent a alors été mis sur le développement du sens de la responsabilité individuelle et certaines conclusions en ont été tirées. L'augmentation du sens de la responsabilité individuelle peut renforcer, au premier abord, l'espoir et la confiance quant à la possibilité de perdre du poids (Burnette, 2010; Burnette & Finkel, 2012). Cependant, lorsque les personnes vivent des échecs, elles peuvent les interpréter comme des échecs dus à leur manque de volonté (Brownell, 1991), leur gourmandise ou leur paresse (Crandall & Reser, 2005). Cela peut mener au blâme et à la stigmatisation (Puhl & Brownell, 2003; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins, & Jeyara, 2003), à la compulsion alimentaire, à l'évitement de la pratique de l'activité physique et ainsi, à une reprise de poids (Gearhardt et al., 2012; Puhl & Heuer, 2009). Cela a conduit Bandura (1977) ainsi que Murray et Jacobson (1978) à reconnaître que l'essentiel n'est pas la responsabilité individuelle, dans le sens moral du terme, mais plutôt l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle qui est en lien avec leurs compétences à gérer leur poids (Chambliss & Murray, 1979).

Les résultats des recherches ci-dessous présentent des facteurs étant de meilleurs prédicteurs de la perte de poids que le sens des responsabilités: l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle, et non seulement la mesure du sentiment d'efficacité personnelle en début de parcours; le sentiment d'efficacité personnelle envers une tâche précise, et non seulement envers un résultat (p. ex., le poids); le sentiment d'efficacité personnelle dans l'utilisation des stratégies de gestion et d'autorégulation. De plus, l'influence de l'intensité des facteurs précipitants est une variable à considérer. Bien que cette thèse porte sur l'agentivité, c'est principalement la variable du sentiment d'efficacité personnelle (la perception de son agentivité) qui est étudiée empiriquement.

Amélioration du sentiment d'efficacité personnelle. Un haut sentiment d'efficacité personnelle en début de démarche peut certes être bénéfique, mais des recherches suggèrent que l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle serait, dans certains cas, un prédicteur plus significatif de la perte de poids que la simple mesure du sentiment d'efficacité personnelle (Byrne, Barry, & Petry, 2012).

À ce sujet, désirant étudier le sentiment d'efficacité personnelle, Martin, Dutton et Brantley (2004) ont réalisé une étude auprès de 106 femmes défavorisées ayant un surpoids. Ces femmes ont participé à un programme personnalisé de gestion du poids comprenant une rencontre mensuelle sur une période de 6 mois. De manière surprenante, un haut niveau de sentiment d'efficacité personnelle en début de programme prédisait une moins grande perte de poids à la fin du programme. Cependant, l'amélioration du

sentiment d'efficacité personnelle pendant le programme prédisait une plus grande perte de poids. Les auteurs de l'étude ont interprété ces résultats en avançant qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé en début de traitement pouvait indiquer une confiance excessive ou un manque d'expérience face aux difficultés, ce qui pouvait être corrélé avec un niveau d'effort faible durant le traitement visant la perte de poids.

Sentiment d'efficacité personnelle envers des tâches et non un résultat. Le sentiment d'efficacité personnelle est, à la base, spécifique à un domaine (Sonntag et al., 2010), par exemple la perte de poids. Certaines recherches, comme celles discutées ci-dessous, montrent que le sentiment d'efficacité personnelle est un prédicteur encore plus significatif lorsqu'il est dirigé vers une tâche précise, par exemple la gestion des obstacles.

Armitage et al. (2014) ont réalisé deux études dans le but d'évaluer le rôle du sentiment d'efficacité personnelle comme prédicteur de la perte de poids. Dans leur première étude, ils ont évalué la motivation à perdre du poids, le sentiment d'efficacité personnel global envers la perte de poids et le sentiment d'efficacité personnel dans la gestion des obstacles suivants : être fatiguée; de mauvaise humeur ou stressée; avoir de la douleur; avoir faim; manquer de temps; manger seule; être invitée à une occasion sociale; et être confrontée à une mauvaise météo. Les participantes étaient 115 femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'embonpoint ou d'obésité et ayant un risque élevé de cancer du sein. Le programme comprenait un régime restreint en calories et la pratique d'activité physique (aucune intervention psychologique). Dans cette étude, le sentiment

d'efficacité personnelle dans la gestion des obstacles a prédit significativement la perte de poids et cela trois mois après la prise de poids initiale. La seconde recherche était identique ($n = 107$) sauf que la mesure de suivi était de six mois après la prise de poids initiale. Les résultats ont permis de conclure que l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion des obstacles (mesurée entre la prise de poids initiale et quatre mois après cette première mesure) prédisait la perte de poids après six mois. Aucun effet prédicteur n'a été trouvé pour la motivation envers la perte de poids ou le sentiment d'efficacité personnelle global envers la perte de poids.

De leur côté, Bas et Donmez (2009) ont réalisé une étude auprès de 96 personnes (76 femmes et 20 hommes) qui participaient à un programme de perte de poids de 20 semaines. À l'aide du *Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire* (WEL; Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi, 1991), ils ont mesuré le sentiment d'efficacité personnelle des participants concernant la maîtrise de leur alimentation en présence de certains éléments perturbateurs (disponibilité de la nourriture, émotions négatives, inconfort physique, activités positives et pression sociale). L'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle, dans la maîtrise de l'alimentation en présence de certains éléments perturbateurs, a été corrélée significativement avec la perte de poids.

Certaines études mesurant le sentiment d'efficacité personnelle relié aux comportements alimentaires dans le contexte d'une perte de poids avaient été réalisées, mais aucune ne concernait le sentiment d'efficacité personnelle relié à la pratique de

l'activité physique. Afin de pallier ce manque, Byrne, et al. (2012) ont réalisé une étude auprès de 30 personnes (25 femmes et 5 hommes) ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'embonpoint ou d'obésité et participant à un programme de perte de poids. La pratique d'activité physique fut mesurée à l'aide de podomètres et du questionnaire Paffenbarger de l'activité physique (Paffenbarger, Wing, & Hyde, 1978). L'échelle du sentiment d'efficacité personnelle dans la pratique de l'activité physique a aussi été utilisée (*SEE*; Resnick & Jenkins, 2000). Cette échelle mesure la confiance de l'individu à pratiquer l'activité physique en présence d'obstacles (fatigue, contraintes de temps, inconforts physiques et émotionnels, manque de soutien social et activités compétitrices). L'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle entre le début et la fin du programme a été significativement corrélée à la perte de poids.

Sentiment d'efficacité personnelle dans l'usage de stratégies de gestion des objectifs et d'autorégulation. L'étude d'Annesi (2011) a mesuré l'impact sur le poids du sentiment d'efficacité personnelle dans l'usage des stratégies de gestion des objectifs et d'autorégulation. Cette étude a été menée auprès de 183 personnes souffrant d'une obésité sévère ($IMC > 35$), ayant fait moins de 30 minutes d'activité physique par semaine dans la dernière année et qui entretenaient l'objectif de perdre du poids. Ces personnes ont participé à un programme de nutrition et d'activité physique de 26 semaines. Dans ce programme, des stratégies de gestion des objectifs et d'autorégulation ont été enseignées (fixation d'objectifs à court et long termes, notation des progrès, restructuration cognitive, contrôle des stimuli et prévention de la rechute). La consommation de fruits et légumes et

la pratique d'activité physique ont été mesurées selon leur fréquence et leur intensité. Le sentiment d'efficacité personnelle relatif à la gestion des obstacles dans les comportements alimentaires a été mesuré à l'aide du questionnaire *WEL* (Clark et al., 1991) et le sentiment d'efficacité personnel relatif à la gestion des obstacles dans la pratique d'activité physique a été mesuré avec l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle en matière d'activité physique (Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992). Les comportements d'autorégulation relatifs à l'alimentation et à la pratique d'activité physique ont été mesurés par un questionnaire adapté de l'échelle de Saelens et al. (2000).

Dans cette étude (Annesi, 2011), l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle (en début et fin de programme) dans la maîtrise des comportements alimentaires prédisait significativement l'augmentation de la consommation de portions de fruits et légumes. L'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle (début et fin de programme) relatif à la pratique d'activité physique prédisait significativement l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de l'activité physique. L'amélioration de l'usage des comportements d'autorégulation prédisait aussi l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et la pratique d'activité physique. Finalement, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation de la pratique d'activité physique prédisaient la perte de poids.

Intensité des facteurs précipitants. Selon l'ensemble des recherches présentées, concevoir un programme permettant d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle

serait bénéfique pour la gestion du poids. Cependant, afin d'obtenir des résultats dans la gestion du poids, il ne s'agirait pas seulement d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des participants en leur enseignant des stratégies d'autogestion des objectifs et d'autorégulation. L'utilisation de ce seul mode d'intervention pourrait faire en sorte de blâmer les participants qui tentent de perdre du poids, mais qui n'y arrivent pas.

L'étude de Stanton, Garcia et Green (1990) montre que, dans la gestion du poids, les défis de chacun sont différents. Pour certains, le défi est beaucoup plus grand que pour d'autres, que ce soit en raison de facteurs héréditaires, sociodémographiques ou autres. Les chercheurs ont développé une mesure situationnelle de l'appétit qui évalue, d'un côté, l'intensité de l'envie d'outremanger et, de l'autre, le sentiment d'efficacité personnelle relatif au contrôle de cette envie. Les situations propices aux excès alimentaires étaient classées dans cinq catégories : le moment de détente (p. ex., face à la télévision), la présence de nourriture, la faim, les réussites (occasion de se récompenser) et les émotions négatives. La situation qui prédisait le plus l'envie d'outremanger chez les femmes était les émotions négatives. Un bas niveau d'émotions négatives et un haut niveau de sentiment d'efficacité personnelle au regard de la maîtrise de son alimentation en présence d'émotions négatives prédisaient la perte de poids chez les femmes de cette étude. Cette conclusion fit dire aux chercheurs qu'en plus de travailler à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans la maîtrise de l'alimentation, il est pertinent aussi de travailler à réduire l'intensité des facteurs précipitants (p. ex., la présence non résolue d'émotions négatives par la résolution de problèmes et l'éducation émotionnelle).

Différences entre les genres. Des différences entre les femmes et les hommes ont été observées dans les recherches étudiant le sentiment d'efficacité personnelle et l'obésité. D'abord, les hommes ont généralement un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé (Presnell, Pelis, Stout, & Musante, 2008; Sheeley, 2005) quant à la gestion du poids, bien que les femmes aient intégré davantage de stratégies dans ce domaine (p. ex., planification des repas et de l'activité physique) (Nothwehr, Snetselaar, & Wu, 2006). Aussi, les hommes ont davantage tendance à faire une démarche autodirigée tandis que les femmes font plus appel à des programmes organisés (Crane, Jeffery, & Sherwood, 2017). De plus, les hommes vont faire davantage d'excès alimentaire en situation sociale et les femmes en réponse à des humeurs dépressives (Forster & Jeffrey, 1986). Les hommes ont moins tendance à faire des diètes restrictives (Sheeley, 2005) et les femmes ont davantage de compulsions alimentaires (Presnell et al., 2008). Finalement, les femmes sont davantage préoccupées par l'apparence, portent plus de jugements envers elles-mêmes et l'amélioration de leur estime est, pour elles, un objectif plus important (Crane et al., 2017; Elder, 2011). En conclusion, il est recommandé de considérer les différences entre les hommes et les femmes dans les interventions réalisées (Elder, 2011; Nothwehr et al., 2006; Presnell et al., 2008), bien que, pour certains (Sheeley, 2005), il ne soit pas nécessaire de leur offrir des techniques différentes afin d'améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle en gestion de poids.

Comme il a été mentionné, dans le but de favoriser l'agentivité des individus dans la gestion de leur poids, prôner la responsabilité individuelle ne fonctionne pas toujours pour

les personnes qui se retrouvent déjà en échec. Parfois, il est plus pertinent, pour favoriser l'agentivité, de soutenir le développement de l'efficacité personnelle par l'apprentissage de stratégies de gestion des objectifs et d'autorégulation, et de réduire l'intensité des facteurs précipitants à la source des tentations, des écarts et des rechutes.

Objectifs de recherche

Le premier objectif de la présente recherche est d'identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité. Le deuxième objectif consiste à décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

Des recherches qualitatives ont été réalisées (Bissel et al., 2016; Mulvaney-Day et al., 2012; Throsby, 2007) dans le but d'étudier les facteurs psychologiques qui ont une influence sur l'agentivité en général, mais elles n'ont pas étudié les effets de ces facteurs psychologiques sur des propriétés précises de l'agentivité, telles que les quatre propriétés de Bandura (2006). De plus, dans le cadre de la théorie de Bandura, un grand nombre de recherches ont été réalisées sur le sentiment d'efficacité personnelle en général et dans le contexte de la gestion du poids. Ces recherches ont contribué à mieux comprendre l'agentivité, mais à notre connaissance, aucune recherche n'a étudié les mécanismes régissant l'ensemble des quatre propriétés de l'agentivité.

En identifiant, les facteurs psychologiques ayant un impact sur l'agentivité et sur chacune des propriétés de celle-ci, il est attendu que cette recherche permettra aux intervenants de mieux connaître les mécanismes aidant ou nuisant à la gestion du poids.

En conséquence, des interventions ainsi que des programmes plus efficaces, plus respectueux et plus réalistes pourront être offerts auprès des personnes ayant un poids correspondant aux critères d'obésité. Aussi, une perspective plus nuancée et plus complète de l'agentivité humaine pourra contribuer à l'accroissement du bien-être psychologique et de la santé physique, ainsi qu'à la réduction de l'apparition de troubles alimentaires et de leur sévérité.

Méthode

Dans cette partie, le type de recherche, les critères de sélection, la procédure de recrutement des participantes ainsi que le profil des participants sont décrits. Ensuite, la collecte des données est expliquée. Le type d'entretien et le canevas d'entretien sont alors présentés. Finalement, le déroulement de la recherche et les considérations éthiques sont exposés.

Type de recherche

Considérant qu'aucune étude n'a été réalisée sur le présent sujet, une recherche de type qualitatif et exploratoire a été choisie.

Les méthodes qualitatives, selon Denzin et Lincoln (2000), sont des procédures empiriques visant à décrire l'expérience des participants dans un contexte spécifique. Ce type de méthode correspond à la présente recherche dont le but est d'étudier un phénomène précis, c'est-à-dire les effets des facteurs psychologiques sur l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité.

La recherche exploratoire permet, pour sa part, d'étudier l'expérience vécue des individus, à partir de leur propre subjectivité (Fischer & Tarquinio, 2006). La nature exploratoire de cette étude est donc tout à fait appropriée et cohérente avec les objectifs de recherche puisqu'elle s'inscrit dans une démarche de découverte du contenu à partir

des données émergentes et non à partir de la vérification d'hypothèses. Ces données sont subjectives en ce sens qu'elles viennent des personnes elles-mêmes qui relatent leur expérience de gestion du poids. Partant du postulat que les réalités sont multiples, cette étude s'inscrit dans un paradigme constructiviste.

D'une part, l'approche déductive a été utilisée dans cette recherche pour la construction du canevas, car les écrits ont servi de cadre pour établir les deux questions principales qui furent les mêmes pour les dix entretiens. D'autre part, l'approche inductive fut préconisée pour la collecte des données, le chercheur ayant été ouvert aux nouvelles informations révélées par les participantes, et ce, même lorsque cette information ne correspondait pas au cadre préétabli.

Participantes

Dans cette section, les critères de sélection des participantes, le mode de recrutement ainsi les caractéristiques des femmes qui ont participé à cette étude sont décrits.

Critères de sélection

La sélection des participantes a été effectuée selon un échantillonnage de cas typiques (Patton, 2002). Cette méthode fournit des renseignements à partir de quelques cas jugés représentatifs de l'ensemble (Deslauriers, 1991). Les critères suivants ont été utilisés afin de sélectionner des cas typiques. Les participantes sont des femmes adultes ayant un indice de masse corporelle qui correspond au critère d'obésité ($IMC > 30$). De plus, afin d'étudier

l'agentivité des participantes (le pouvoir sur leurs comportements), celles-ci devaient avoir pour intention de perdre du poids et de maintenir cette perte de poids en faisant appel à la modification de l'alimentation et à l'activité physique comme stratégies pour y arriver. Les femmes adultes visant à gérer leurs poids par la médication ou la chirurgie étaient donc exclues de notre étude. Finalement, les participantes devaient avoir rencontré des difficultés à passer à l'action de manière constante pour atteindre leurs objectifs dans la gestion de leur poids (p. ex., difficulté à maintenir une pratique régulière d'activité physique en ayant de jeunes enfants).

Recrutement

Le recrutement des participantes a été réalisé par l'intermédiaire du centre ÉPIC, le centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Cet organisme a été choisi puisqu'il est reconnu dans le système de santé au Québec et qu'il offre un programme spécial de gestion du poids, le programme Kilo-Actif. Ce sont des participantes à ce programme qui ont été recrutées. Le seul critère de sélection de ce programme est que les participants doivent avoir un indice de masse corporelle plus grand que 27.

Une feuille de consignes pour le recrutement (Appendice A) ainsi qu'un document à remettre aux participantes du programme Kilo-Actif (Appendice B) ont été envoyés aux professionnels du Centre ÉPIC. Ces documents décrivent l'objectif de l'étude, les critères recherchés chez les participantes (obésité, alimentation et activité physique comme

stratégies utilisées, intention de perdre du poids et de maintenir cette perte de poids, difficultés rencontrées dans la gestion du poids), la forme de la collecte des données (entretien d'une à deux heures) et les avantages de la participation (réflexion sur les facteurs psychologiques influençant la gestion du poids, contribution à l'avancement des connaissances). Les participantes intéressées pouvaient communiquer directement avec le chercheur par courriel ou par téléphone.

Tel qu'annoncé dans le projet de cette recherche, un total de dix participantes ont été recrutées afin d'atteindre un niveau de saturation des données satisfaisant, c'est-à-dire que les données entrantes n'ajoutaient pas de propriétés significativement nouvelles aux catégories émergentes (Savoie-Zajc, 2004).

Profil des participantes

Le Tableau 1 présente le profil des participantes. Ce groupe est composé de 10 femmes de 52 à 68 ans ($M = 57,8$) ayant un IMC de 28,3 à 40,4 ($M = 34,4$). Cinq participantes avaient un IMC correspondant au critère d'obésité de type I (IMC entre 30 et 35), trois à celui d'obésité de type II (IMC entre 35 et 40), et une au critère d'obésité de type III (IMC > 40). Une participante avait un IMC correspondant au critère d'embonpoint (IMC < 30). Lors de l'entretien de recherche, cette participante venait d'apprendre quelques jours auparavant que son indice de masse corporelle ne correspondait plus au critère d'obésité. Son expérience antérieure rejoignant les critères de recrutement, il a été décidé qu'elle pouvait être considérée comme participante malgré son IMC de 28,3. Au moment de leur

témoignage, les participantes tentaient de perdre du poids depuis 28 à 45 ans ($M = 33,2$) et avaient tenté 3, 4 ou plus de 5 régimes.

Tableau 1

Description de l'échantillon

#	Sexe	Âge	IMC	Années de perte de poids	Nombre de diètes tentées
1	F	60	35,9	45	+ de 5
2	F	56	28,3	40	+ de 5
3	F	54	32,7	29	4
4	F	56	31,4	40	4
5	F	55	40,4	30	3
6	F	58	36,8	45	+ de 5
7	F	52	31,1	40	+ de 5
8	F	67	34,2	28	+ de 5
9	F	68	34,6	35	+ de 5
10	F	52	38,3	32	+ de 5

Collecte des données

Dans cette section, la collecte des données est décrite en abordant le type d'entretien et le canevas d'entretien.

Entretiens semi-dirigés

La collecte de données a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés menés par le chercheur principal. Cette méthode a permis aux participantes d'identifier les facteurs psychologiques ayant un impact sur leur agentivité et d'explorer ouvertement les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité selon Bandura (2006).

Comme le mentionne Esterberg (2002), cette méthode permet aux participants d'exprimer librement leurs opinions et leurs idées.

Les entretiens se sont déroulés au Centre ÉPIC, lieu de l'entraînement physique des participantes, et ont été d'une durée d'environ 120 minutes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audionumérique, puis retranscrits en format verbatim.

Canevas d'entretien

Les questions du canevas d'entretien (Appendice C) ont été élaborées à partir des deux objectifs de recherche, soit : 1) identifier les facteurs psychologiques ayant un effet sur l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité; 2) décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité de Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

Les questions posées aux participantes ont été les suivantes : 1) quels sont les facteurs psychologiques qui influencent votre agentivité, c'est-à-dire le pouvoir que vous avez sur vos comportements dans la gestion de votre poids? ; 2) quels sont les effets de chacun de ces facteurs (déterminés à la première question) sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006) (intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur,

autoréactivité, autoréflexivité)? Une brève définition de chacune des propriétés leur était donnée.

La moitié de l'entretien était consacrée à la première question. Dans cette première partie, le chercheur prenait soin d'écrire les principaux facteurs mentionnés. Dans la deuxième partie de l'entretien, le chercheur abordait la seconde question, au sujet des effets des facteurs sur les quatre propriétés de l'agentivité.

À cette étape de la recherche, une posture inductive était adoptée par le chercheur. Des questions ouvertes et larges étaient posées afin de donner préséance aux conceptions spontanées des participantes et ainsi éviter une focalisation prématurée sur un sujet précis, ce qui aurait pu nuire à l'obtention de matériel pertinent.

Afin d'obtenir un contenu le plus riche et le plus pertinent possible, trois types de questions de relance ont été posées. Pour s'assurer que le chercheur saisissait bien les propos des participantes, des questions de clarification étaient posées (p. ex., « lorsque vous affirmez qu'il est important d'être intègre dans vos choix, qu'est-ce que cela signifie exactement? »). Aussi, dans le but de favoriser l'élaboration des propos, le chercheur utilisait des questions d'approfondissement (p. ex., « est-ce que vous pouvez me donner des exemples de comportements alimentaires que vous avez pour cacher à votre mari que vous mangez des sucreries? »). Finalement, des questions favorisant l'émergence de l'expérience des participantes ont été posées (p. ex., « comment vous sentez-vous lorsque

vous reprenez du poids?). À la fin de l'entretien, une dernière question (« avez-vous autre chose à ajouter qui vous semble pertinent pour cette recherche? ») était posée dans le but de vérifier si d'autres éléments demeuraient inexplorés.

Déroulement de la recherche

La collecte des données a été réalisée en deux grandes étapes auprès des dix premières personnes s'étant montrées intéressées par la recherche et répondant aux critères de recrutement. Il s'est avéré qu'elles soient toutes des femmes. En juillet 2012, cinq entretiens ont été réalisés, suivis de cinq autres en septembre 2014. Selon un processus itératif, une analyse a été réalisée entre les deux étapes. Un processus itératif est un processus d'aller-retour entre la collecte des données, l'analyse des données et l'élaboration du canevas d'entretien (Poupart et al., 1997). Bien que les deux principales questions aient été maintenues pour les dix entretiens, le processus itératif a permis d'orienter les questions de relance afin d'approfondir les thèmes les plus pertinents pour notre recherche.

Considérations éthiques

Le projet de cette recherche a été accepté par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke. Dans le but de nous assurer que les participantes collaborent à la recherche de manière libre et éclairée, un formulaire de consentement (Appendice D) leur a été envoyé par courriel avant l'entretien. Ensuite, le jour même de l'entretien, le formulaire de consentement a été discuté, puis signé par chaque participante. Ce formulaire explicite

les objectifs de l'étude, l'implication demandée, les avantages et les inconvénients liés à la participation, la possibilité de se retirer en tout temps ainsi que les mesures prises afin d'assurer la confidentialité. Dans ce formulaire de consentement, une liste de ressources d'aide psychologique a également été fournie aux participantes.

Dans le but de respecter la confidentialité des participantes, les stratégies suivantes ont été utilisées. Chaque enregistrement a été identifié par un numéro. Seul le chercheur principal connaît la correspondance avec la véritable identité des participantes. Toute personne ayant pris connaissance des enregistrements et des données (transcripteurs des entretiens, directrice de recherche, assistante de la directrice de recherche et étudiante participant aux entretiens d'explication) n'a pas été informée de l'identité des participantes. Ces personnes s'engageaient à respecter la confidentialité des participantes et à détruire, suite à leur travail, toute information reliée à la présente recherche. Toute information permettant d'identifier les participantes a été retirée du rapport final. Les enregistrements des entretiens seront conservés sous clé pour une durée maximale de cinq ans pour ensuite être détruits.

Résultats

Cette partie est divisée en deux sections. La première section aborde l'analyse des résultats. La deuxième section présente les résultats et leur description.

Analyse des résultats

Cette section décrit l'analyse thématique utilisée dans la présente recherche, l'instrument de codage et catégorisation des données (le logiciel QDA-Miner), les étapes de l'analyse et les procédures de validation.

Analyse thématique

L'analyse thématique est largement utilisée en recherche qualitative (Paillé & Muchielli, 2012). Ayant pour but de décrire le contenu manifeste des données, elle consiste à repérer les thèmes pertinents pour ensuite les regrouper afin d'en dégager les thèmes centraux. Tout au long de la démarche, les liens entre les thèmes sont établis et un arbre thématique est progressivement construit. Les données recueillies ont été obtenues en posant directement des questions aux participantes. Par exemple, quels sont les effets de tel facteur. Les résultats consistent donc en une description du point de vue subjectif et individuel des participantes au sujet des effets des facteurs psychologiques sur les propriétés de l'agentivité. Dans cette recherche exploratoire et qualitative, il n'y a pas eu d'analyse des liens de cause à effet, ni de quantification des résultats.

Instrument de codage et catégorisation des données : le logiciel QDA-Miner

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel QDA-Miner. Le chercheur a opté pour l'utilisation de ce logiciel pour sa simplicité et son fonctionnement qui facilite les principales tâches de l'analyse thématique, c'est-à-dire le codage et la catégorisation des thèmes en arbre thématique. De plus, le mode d'inscription en marge des codes de ce logiciel est considéré comme le mode le plus pratique et le plus naturel (Paillé & Muchielli, 2012).

Étapes de l'analyse

L'analyse a été réalisée en trois étapes : le codage intégral du corpus des données, la création des thèmes et le regroupement des thèmes en catégories.

La première étape de l'analyse a consisté à coder intégralement le corpus de données à l'aide du logiciel QDA-Miner. Cette première étape de réduction des données consistait à lire attentivement les verbatim des entretiens pour attribuer un ou plusieurs codes à chaque unité de sens. Le code est une étiquette attribuée à une unité de sens en fonction des objectifs de la thèse (Miles & Huberman, 2003). Ce processus a été réalisé soigneusement dans un souci d'uniformité de l'ensemble du codage. Le chercheur n'avait pas de liste de codes préétablis. Le codage a donc été réalisé principalement de manière inductive, sans faire abstraction pour autant des connaissances acquises antérieurement. Afin d'effectuer un codage précis et nuancé, une relecture a été faite dans laquelle certains codes ont été fusionnés et d'autres subdivisés.

La deuxième étape a consisté en la création de thèmes. Dans un premier temps, le chercheur a colligé les codes en les regroupant par grands thèmes potentiels puisque ces thèmes n'étaient pas encore définitifs. Dans un second temps, des relectures complètes des codes et des thèmes ont été réalisées dans le but d'assurer la cohérence des thèmes et leur hétérogénéité. À cette étape, des fusions et des subdivisions de thèmes ont aussi été effectuées.

Finalement, dans la troisième étape, le chercheur a regroupé en catégories les thèmes qui représentaient les propos des participantes.

Tout au long du processus, une réflexion constante a été réalisée sur la conceptualisation des thèmes et leur définition. La version finale de l'arbre thématique construit à partir des résultats de recherche est présentée dans la prochaine section.

Cette recherche exploratoire ayant comme objectif de mieux comprendre l'agentivité, toutes les réponses en lien avec les quatre facteurs de l'agentivité ont été considérées. Cela signifie que même lorsqu'une seule participante a émis un point de vue sur son expérience, nous permettant d'approfondir notre compréhension, nous l'avons présenté dans nos résultats. En conséquence, nous n'avons pas estimé la fréquence des réponses ni les moyennes, ce qui aurait été pertinent dans une recherche visant à décrire comme thème principal la réalité des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant aux critères d'obésité. D'autre part, dans la section consacrée aux résultats, le nombre de

citations pour chaque thème représente assez fidèlement la proportion des données recueillies.

Processus de validation

Certaines procédures ont été utilisées afin que les résultats soient les plus fidèles possible à l'expérience des participantes et afin de favoriser une cohérence globale de la présente étude. Cette section décrit les procédures de validation interne; le journal de bord; les entretiens d'explicitation; ainsi que les discussions continues avec les membres de l'équipe de recherche.

Procédures de validation interne. Dans un premier temps, deux assistantes de recherche inscrites au baccalauréat en psychologie à l'Université de Sherbrooke ont retranscrit intégralement les entretiens. Le chercheur principal a lu les verbatim tout en écoutant les bandes audios des entretiens afin de faire les corrections nécessaires à la retranscription.

Journal de bord. Afin de rendre explicite la démarche heuristique du chercheur, celui-ci a rédigé un journal de bord tout au long du processus de recherche. Dans celui-ci, ses réflexions, questionnements et observations ont été notés, de même que ses impressions et biais personnels. La conscience de ces composantes a favorisé le maintien d'un esprit scientifique dans le processus de production de cette thèse. De plus, les connaissances

provenant des écrits ont été intégrées à cette démarche afin de contribuer au contexte théorique et à la discussion des résultats.

Entretiens d'explicitation. Une des limites du praticien qui réfléchit seul est qu'il risque d'interpréter ses actions en fonction de ce qu'il croit avoir fait plutôt qu'en fonction de ce qu'il a réellement effectué (Bourassa, Serre, & Ross, 1999). En ce sens, le chercheur risque de glisser vers l'autoconfirmation de ses croyances plutôt que de faire émerger le contenu réel des données. De plus, ce travail solitaire comporte des risques de plafonnement.

Afin de pallier ces risques, une démarche inspirée des entretiens d'explicitation, telle que proposée principalement par Pierre Vermersch (2011) et le GREX (Groupe de Recherche sur l'Explicitation), a été utilisée. Ce type d'entretien se présente comme une prise de conscience provoquée, c'est-à-dire qu'il vise à favoriser la verbalisation de l'action en rendant accessible sa partie implicite (Vermersch, 2011). Dans le but d'augmenter la validité des résultats, deux entretiens d'explicitation ont été réalisés. Ceux-ci ont été faits en présence du chercheur et d'une étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke. Afin de soutenir la démarche, le chercheur a conçu, à l'aide du livre *L'entretien d'explicitation* de Pierre Vermersch (2011), un guide regroupant plusieurs concepts clés de cette technique. Ce guide est présenté dans le Tableau 2 et il a guidé les entretiens.

Le premier entretien d'explicitation avait pour but de mettre en lumière le processus de codage du chercheur. Un extrait d'entretien, choisi au hasard, a alors été remis à l'étudiante dans les formats audio et écrit. Après en avoir pris connaissance, le codage de l'entretien lui était présenté. Le chercheur était alors questionné sur son processus de codage afin de vérifier la clarté, la validité et l'hétérogénéité du codage. Le deuxième entretien visait plutôt à expliciter la logique de catégorisation et de hiérarchisation du chercheur afin de valider la structure de l'arbre thématique.

Tableau 2

Guide pour la réalisation d'un entretien d'explicitation

3 fonctions de l'entretien d'explicitation
<ul style="list-style-type: none"> - Chercher/focaliser sur un élément - Éluclider/développer cet élément - Réguler l'entretien : <ul style="list-style-type: none"> a. Revenir aux composantes de l'EE (ce tableau) b. Être à l'écoute du vécu actuel du chercheur et s'ajuster (immédiateté).
3 catégories d'objet
<ul style="list-style-type: none"> - Procédural : Actions concrètes et séquences d'actions - Intentionnel : Buts, motifs, finalités, intentions - Déclaratif : Conceptualisation des connaissances sous-jacentes, des présuppositions, du contexte.
3 critères de validation
<ul style="list-style-type: none"> - Vérité : Est-ce que ce qui est dit est vrai? - Précision : Est-ce que ce qui est dit est détaillé? - Complétude : Est-ce que tout a été rapporté?

Discussions continues avec les membres de l'équipe de recherche. Selon Miles et Huberman (2003), les conclusions doivent être vérifiées tout au long de l'analyse des données. Dans cette optique, le chercheur a discuté régulièrement avec les membres de l'équipe de recherche de la structure de la recherche, des liens avec les écrits, des résultats recueillis, de l'évolution de l'analyse des données et de la discussion des résultats. Ces échanges ont permis le développement d'un « consensus intersubjectif » (Miles & Huberman 2003) entre le chercheur et les membres de l'équipe de recherche.

Présentation et description des résultats

Cette seconde section a pour but de présenter et de décrire les résultats obtenus en réponse aux objectifs de la présente recherche : 1) identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité; 2) décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité de Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

L'analyse des données a fait émerger six facteurs psychologiques qui influencent l'agentivité (voir Tableau 3). Ces facteurs ont été regroupés en trois catégories traduisant la manière dont les participantes se perçoivent dans la gestion leur poids. Les trois catégories qui ont émergé sont : la perception de leur valeur personnelle; la perception de leur cohérence personnelle; et la perception de leur pouvoir personnel. Dans la première catégorie (valeur personnelle) se retrouvent la honte, c'est-à-dire l'évaluation négative de

la valeur personnelle et l'acceptation de soi. Les facteurs composant la deuxième catégorie (cohérence personnelle) sont la non-intégrité et l'intégrité, cette dernière indiquant la cohérence personnelle envers ses valeurs et ses besoins. Finalement, la troisième catégorie (pouvoir personnel) regroupe les deux facteurs suivants : la toute-puissance, c'est-à-dire la surestimation du pouvoir personnel, et le réalisme, soit l'évaluation juste du pouvoir personnel.

Tableau 3
Liste des facteurs par catégorie

Valeur personnelle
Honte Acceptation de soi
Cohérence personnelle
Non-intégrité Intégrité
Pouvoir personnel
Toute-puissance Réalisme

Dans la suite de cette section, les résultats sont présentés en deux étapes récurrentes pour chacun des facteurs. La première étape consiste à décrire le facteur. La deuxième étape a pour but de reprendre le facteur pour en décrire les effets sur les quatre propriétés de l'agentivité. Des tableaux présentent des extraits verbatim des entretiens en lien avec les facteurs abordés. Dans les tableaux, l'abréviation *P* signifie « participante » et *C*

signifie « chercheur ». Chaque participante est identifiée par un chiffre, par exemple P1, P2, P3, etc.

Valeur personnelle

L'analyse thématique a permis d'identifier deux facteurs ayant trait à la valeur personnelle: la honte et l'acceptation de soi. La valeur personnelle est la valeur qu'une personne s'accorde. La honte correspond à l'évaluation négative de sa valeur personnelle. Les participantes ont opposé la honte à l'acceptation de soi. La valeur, dans l'acceptation de soi, est estimée sans considérer le poids et l'évaluation des autres.

Honte. Au cours des entretiens, les participantes ont parlé abondamment de la honte comme un facteur influençant leur agentivité. Dans cette section, une définition de la honte est donnée à partir de la description qu'en ont faite les participantes. Ensuite, les trois sources de la honte, telles que conçues par les participantes, sont présentées.

Le Tableau 4 présente la façon dont les participantes ont décrit la honte à partir d'extraits verbatim des entretiens. Premièrement, elles la vivent comme une violence envers soi et, deuxièmement, comme une évaluation négative de soi. Troisièmement, la honte serait composée de sentiments de déception et de colère contre soi. Quatrièmement, elle comporte un inconfort envers les autres.

Tableau 4

Description de la honte

Violence envers soi
P4 : Quand je suis dans la honte, je me fais violence. Mon discours intérieur est violent, je me méprise, je ne dis pas du bien de moi.
Évaluation négative de soi
P1 : Je ne me trouve pas fine, je me tape dessus : « c'est ça, tu retombes encore là-dedans, ça ne fonctionnera jamais ». Ce ne sont pas des pensées très constructives.
Déception et de colère contre soi
P1 : Les émotions présentes dans mon expérience de la honte sont probablement de la déception et de la colère contre moi.
Inconfort envers les autres
P4 : Je me dis : « comment se fait-il que j'appartienne à ces gens? Comment se fait-il que ces gens me tolèrent? Comment peuvent-ils être amis avec moi si j'ai l'air de cela? »

Le Tableau 5 ci-dessous présente plusieurs extraits d'entretiens reliés aux trois sources de la honte évoquées par les participantes: l'apparence, l'absence de pouvoir sur ses comportements et l'exécution d'une action perçue comme mauvaise. La seconde source est reliée à une catégorie particulière de la présente recherche, le pouvoir personnel, qui sera approfondie plus loin.

Tableau 5

Trois sources de la honte

Apparence
P2 : Il y a la honte d'être grosse. Pour moi, il y en a des belles grosses, mais moi je ne suis pas faite pour être grosse.
P3 : Je ne m'aime plus lorsque j'ai pris trop de poids, je ne me regarde même plus dans le miroir.
P9 : La honte, c'est surtout l'habillement. Lorsque je ne suis pas capable de m'habiller comme je veux, j'ai l'air du diable parce que je suis trop grosse. C'est honteux.
Absence de pouvoir sur ses comportements
P2 : La honte d'avoir laissé mon corps prendre tant de poids.
P2 : Il est honteux que j'aie tous les outils pour maigrir et que je ne le fasse pas.
P6: Il peut y avoir une honte de ne pas être capable d'atteindre l'équilibre dans sa vie. Il y a la famille, le travail et s'occuper de soi. S'occuper de soi en sachant ce qui est bon, être responsable de soi-même. [...] Comment se fait-il que je ne sois pas capable de tenir le coup? Chaque fois que j'ai suivi des diètes, j'ai toujours repris du poids.
Exécution d'une action perçue comme mauvaise
P3 : C'est sûr que je m'évalue négativement parce que je me dis : « ben voyons donc! Pourquoi je fais cela? Je sais que ce n'est pas bon ».
P5 : La honte c'est: « J'ai triché! Je ne suis pas correcte, je ne suis pas fine! J'ai enfreint la pseudo-loi du régime ».

Le deuxième objectif de la présente recherche est de décrire, à partir du point de vue des participantes, les effets de chaque facteur (honte, acceptation de soi, intégrité, non-intégrité, toute-puissance et réalisme) sur l'agentivité. Ainsi, sont abordés les effets de la honte sur les quatre propriétés de l'agentivité : l'intentionnalité; la capacité de se projeter dans le futur; l'autoréflexivité; et l'autoréactivité. Pour chaque propriété, les principaux

effets relatés par les participantes sont explicités, puis des extraits d'entretiens reliés à ces effets sont exposés dans des tableaux.

Effets de la honte sur l'intentionnalité. Le Tableau 6 présente les effets de la honte sur l'intentionnalité. Au départ, la honte augmente l'intentionnalité, mais avec le temps, elle la diminue. La honte réduit l'intentionnalité puisque, premièrement, elle décourage la personne et diminue son intérêt pour la gestion du poids. Deuxièmement, la honte retire le sentiment d'avoir le droit de changer. Troisièmement, lorsque la honte se déclenche, un long moment est nécessaire avant de retrouver l'intention de gérer son poids.

Tableau 6

Effets de la honte sur l'intentionnalité

<i>Augmentation initiale de l'intentionnalité</i>
<p>P3 : L'effet de la honte sur mes comportements alimentaires? Lorsque je prenais conscience que j'étais rendue à ce poids ou cette grandeur de vêtements, lorsque je ne rentrais plus dans le 7-9 ans, il y avait une alarme. Je me disais « non, non, non, non » et je faisais attention.</p> <p>P3 : Il est certain que la honte est un moteur. Lorsque je commence à ne plus être capable de me regarder dans le miroir, c'est un moteur pour faire quelque chose. Lorsque je me regarde et que je ne suis plus capable de me regarder, je me dis « peut-être que des protéines (régime à base de protéines à 800 calories par jour), ce serait bon. Je vais maigrir et après, j'essaierai de maintenir cela ». C'est un moteur pour changer.</p>
<i>Avec le temps, diminution de l'intentionnalité</i>
<i>Découragement et diminution de l'intérêt</i>
<p>P3 : Je me détruis, c'est clair, quand je me regarde et que je ne m'aime pas. Ce n'est pas bon, je ne vois pas le moment où je vais m'en sortir. Je me dis qu'il faut que je fasse quelque chose, mais je n'ai plus le moteur qu'il faut pour avancer. Je suis démoralisée, déprimée, découragée, je n'ai plus le goût de rien, il n'y a plus d'intérêt.</p> <p>P10 : Je tombe dans la honte, dans le « à quoi bon? », « qu'est-ce que ça donne de faire des efforts? ».</p>
<i>Retrait du sentiment d'avoir le droit de changer</i>
<p>P1 : Le fait de ressentir de la honte m'enlève le droit d'avoir une vie satisfaisante puisque je n'ai pas été assez bonne.</p> <p>P4 : C'est comme si je n'ai pas le droit à la perte de poids.</p>
<i>Long moment avant de retrouver l'intention de gérer son poids</i>
<p>P10 : Je suis prise dans le tourbillon de la honte. Et avant de réussir à mettre le pied à terre pour avoir l'intention de passer à l'action, c'est long et c'est dur, ça demande beaucoup d'énergie. Réussir à voir clair pour avoir un petit peu d'intention, c'est dur, c'est vraiment très compliqué. C'est super difficile et cela demande de l'effort, bien plus d'effort, une fois que je suis tombée, de revenir et recommencer.</p>

Effets de la honte sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 7 présente les effets de la honte sur la capacité de se projeter dans le futur. Premièrement, la honte engendre du pessimisme. Deuxièmement, la honte est associée à une incapacité de décortiquer l'ensemble du défi en sous-objectifs.

Tableau 7

Effets de la honte sur la capacité de se projeter dans le futur

Pessimisme
<p>P3 : Lorsque je suis dans la honte, tout est noir, je ne vois pas la façon de m'en sortir, je ne vois pas que ça va être beau, que ça va être bon. [...] Lorsque j'ai honte, je me dis : « de quoi vais-je avoir l'air dans 30 ans, dans 20 ans? En ce moment, je ne suis même plus capable de me regarder. Dans 20-30 ans, je ne passerai plus dans la porte ». Je vois que je vais être de plus en plus grosse et de plus en plus malade.</p> <p>P10 : Je me dis : « ça ne vaut pas la peine ». Et là, il peut y avoir les petits démons qui disent « de toute façon, tu essaies tout le temps et ça ne fonctionne pas ».</p>
Incapacité de décortiquer l'ensemble du défi en sous-objectifs
<p>P4 : L'effet de la honte sur ma capacité de me projeter dans le futur, au niveau de mes objectifs de gestion de poids, c'est comme trop. Je ne suis pas capable de décortiquer en sous-objectifs, c'est comme si je voyais la globalité plutôt que de voir la prochaine étape.</p>

Effets de la honte sur l'autoréflexivité. Le Tableau 8 présente les sept effets de la honte sur l'autoréflexivité selon les participantes. Premièrement, les participantes ont affirmé qu'il y avait, dans la honte, une absence de ressources autoréflexives, car l'attention est mise sur le jugement négatif envers soi. Deuxièmement, la honte est associée à la pensée magique et non constructive. Troisièmement, l'expérience de la honte peut être accompagnée d'un excès de responsabilisation. Quatrièmement, suite aux échecs, la honte mène à l'utilisation de justifications. Cinquièmement, dans la honte, le raisonnement est faussé et, sixièmement, la dévalorisation est vue comme une remise en question. Septièmement, il y a une confusion entre l'autoréflexivité et la recherche de la cause psychologique profonde.

Tableau 8

Effets de la honte sur l'autoréflexivité

Absence de ressources autoréflexives
P4 : Lorsque je mangeais des croustilles en cachette par honte, il n'y avait pas d'autoréflexion. Le fait qu'on se parle, toi et moi, ça me fait, excuse-moi [<i>émotion dans la voix</i>], je ne pensais pas que je pouvais être aussi nuisible que ça pour moi-même.
P6 : La honte nuit à l'autoréflexivité parce que je suis en dispute avec moi-même. Il me semble que je ne réfléchis pas bien quand je suis tout le temps en train de me dire que je ne suis pas correcte, que je ne suis pas bonne, que je ne suis pas fine. [<i>Serre les dents</i>] Ça m'empêche d'être lucide dans ma réflexion.
P1 : Lorsque je suis dans la honte, je perds mes moyens. La honte est trop omniprésente, cela masque le reste. Je n'ai plus accès à mes ressources, je n'ai plus d'espace pour réfléchir et pour me remettre en question.
P3 : Dans la honte, c'est seulement du négatif. J'ai l'impression que je n'y arriverai pas. Ça bloque ma capacité d'autoréflexion, l'énergie est mise davantage sur le négatif que sur la recherche de solutions.

Tableau 8

Effets de la honte sur l'autoréflexivité (suite)

Pensée magique et non constructive
P4 : Dans la honte, je ne suis pas constructive, je m'enlise dans la honte et dans la pensée magique, dans la croyance que cela va se faire tout seul. Par exemple, « j'en ai mangé juste dix, ce n'est pas grave, ce n'est pas si grave ». Je suis bouleversée de voir comment je peux me nuire. Cela ne m'aide pas du tout à faire une réflexion qui va m'amener vers les résultats.
Excès de responsabilisation
P10 : Mon poids stagnait. J'avais honte et je me disais que c'était à cause de moi, que c'était moi qui faisais quelque chose de mal. C'était de ma faute.
C : Lorsqu'il y a des obstacles, cela peut être dû à une circonstance extérieure, ce qui vient perturber votre plan de match - est-ce que vous avez l'impression que vous vous sur-responsabilisez?
P10 : Oui, je suis bonne pour me sur-responsabiliser. Et ensuite je déraile et je ne fais pas du tout de l'autoréflexivité, en fait, la honte prend le dessus.
Utilisation de justifications
P10 : Après les échecs, la seule réflexion que je faisais revenait au fait que j'avais plein de justifications; je nommais les circonstances qui avaient fait en sorte que cela n'avait pas fonctionné. C'est parce que c'était les fêtes ou parce que mon ami est venu ou parce que je n'avais pas eu d'argent. Je suis championne pour me trouver des justifications pour ne pas faire ce qu'il faut pour maigrir. Alors, la réflexion se change en justifications. Ça ne se rend pas vraiment plus loin que cela avec moi. Et le lendemain, je me dis que je ne suis pas bonne, je tombe dans la honte.
Raisonnement faussé
P10 : Je tombe dans la honte et dans le « à quoi bon? ». De toute manière, je ne prends pas de poids et je n'en perds pas si je prends une poutine tous les jours ou si je n'en prends pas du tout pendant trois mois.
C : Vous venez de dire "moi, je pourrais manger une poutine par jour ou pas du tout et ça ne ferait pas de différence". Est-ce que vous avez l'impression que ce que vous venez de dire est exact?
P10 : Non, je le sais très bien que c'est faux, mais c'est réellement ce qui est dans ma tête. Dans ces moments de honte, mon raisonnement s'embrouille.

Tableau 8

Effets de la honte sur l'autoréflexivité (suite)

Dévalorisation vue comme une remise en question
<p>P10 : Concernant l'autoréflexivité, je suis bien bonne pour toujours me remettre en question. J'ai l'impression que trop me remettre en question fait que je déboule. [...] Probablement que mon petit diable doit me dire que je ne dois pas en valoir la peine, que je ne fais pas les bonnes affaires. Et si j'ai eu le malheur de tanguer un peu, je dérape. [...] Mon petit diable vient défaire tout ce que j'ai construit. En fait, je ne fais pas de la vraie autoréflexivité, les sentiments de honte vont prendre le dessus avant que je puisse faire de la vraie réflexion. Me remettre en question pour moi se limite pas mal à me dire que je ne suis pas bonne. Je vais avoir de la difficulté à m'asseoir et faire de la vraie réflexion. Je suis constamment frustrée contre moi-même.</p>
Confusion entre autoréflexivité et recherche de la cause psychologique profonde
<p>P10 : Ce que je viens de comprendre, c'est qu'habituellement, réfléchir pour moi, c'est réfléchir sur les causes psychologiques profondes. C'est peut-être utile des fois. Mais en parlant de l'autoréflexivité, je prends conscience qu'il peut aussi être utile de réfléchir très concrètement à partir des faits et de faire de la résolution de problèmes afin de trouver des stratégies concrètes pour que ça se passe mieux la prochaine fois.</p>

Effets de la honte sur l'autoréactivité. Pour les participantes, la honte réduit l'autoréactivité, qui est la capacité de construire un enchaînement d'actions appropriées aux circonstances et de passer à l'action, tout en maintenant sa motivation dans le quotidien (voir Tableau 9). Premièrement, si la honte peut stimuler l'intentionnalité, elle réduit toutefois l'autoréactivité. Deuxièmement, elle génère des pensées négatives sur les capacités de la personne. Troisièmement, la honte bloque l'autoréactivité à cause de la peur de revivre un échec. Quatrièmement, elle entraîne des comportements alimentaires de compensation ayant pour fonction d'apaiser la souffrance reliée à la honte.

Cinquièmement, la honte engendre des comportements d'évitement et, sixièmement, elle favorise le « tout ou rien » sur le plan des comportements de santé.

Tableau 9

Effets de la honte sur l'autoréactivité

Réduction de l'autoréactivité
<p>P3 : Je me dis : « il faut que je fasse quelque chose », mais je n'ai plus le moteur qu'il faut pour avancer.</p> <p>P6 : L'autoréactivité? La honte amène à dire : « Je pourrais faire ça. Je vais peut-être faire ça. » Puis, j'oublie. Je passe à autre chose.</p> <p>P10 : Selon moi, la question de la honte, chez les femmes ou les gens qui ont un problème de poids, c'est une grande question. C'est comme un cercle vicieux : plus j'ai honte, moins je réussis à passer à l'action. Ça devrait être un coup de pied dans le derrière pourtant, mais non, ça ne l'est pas du tout. On dirait que ça ne fait que m'engouffrer davantage.</p>
Pensées négatives sur ses capacités
<p>P4 : Quand je suis dans la honte ou la violence envers moi-même, c'est un frein à ma capacité à passer à l'action [...] Si je veux encourager quelqu'un je ne vais pas lui dire des « tu ne seras jamais capable », je vais lui dire : « vas-y, fais-le », mais moi je me dis : « tu ne seras jamais capable, tu n'y arriveras pas ».</p>
Blocage de l'autoréactivité par peur de revivre l'échec
<p>P1 : Je suis allée voir un médecin. Cela a été la grosse diète à 800 calories par jour pendant 4 mois avec les injections. Je me suis retrouvée à 105 livres. Et, je suis partie en voyage pendant 2 mois et j'en ai repris à peu près la moitié. Lorsque je suis revenue, je me sentais tellement honteuse d'avoir repris la moitié que, depuis ce temps-là, je ne suis plus capable [<i>pleurs</i>]. Cela a été un genre de traumatisme. Lorsque je commence à reperdre du poids, c'est comme si ça me rappelait cet événement, ça se fait de manière automatique.</p>

Tableau 9

Effets de la honte sur l'autoréactivité (suite)

Comportements alimentaires compensatoires
P1 : La honte ne me donne pas envie de faire ce qui est bon pour moi. Elle me donne plutôt envie de compenser pour ne pas ressentir cette honte.
Comportements d'évitement
P3 : Lorsque j'ai honte de mon corps, je me ferme aux autres. Je vois moins de monde, cela m'intéresse moins. Et ça enclenche tout un cercle. Par exemple, si j'ai une rencontre, je n'irai pas puisque je ne me sens pas bien dans ma peau. Et ensuite, je vais manger plus. Et si je mange davantage puisque je suis déprimée, je vais sortir moins. Et je vais avoir moins le goût d'aller m'entraîner, c'est certain. Ensuite, je commence à m'en vouloir, c'est tout un enchaînement, la roue qui tourne.
Tout ou rien
P10 : Moi, c'est tout ou rien. Ou bien, je suis très stricte ou bien je me laisse tomber totalement. Et lorsque je me laisse tomber, j'ai honte, je déprime et je dérape deux ou trois jours. Je ne fais vraiment pas attention, je mange encore plus mal. J'ai l'impression de me punir de ne pas avoir fait attention: « tant qu'à ne pas faire attention, tu n'es pas bonne, alors, je vais te punir ». Je me suis beaucoup fait punir dans la vie. Dans la vie, tu es censée être bien droite. Cela a peut-être un lien avec ma tendance au tout ou rien. Il faut que je sois très droite. Si je me permets un petit écart, je vais me punir et ensuite, je déraille complètement.

Le Tableau 10 résume les résultats en ce qui concerne le facteur honte.

Tableau 10

Honte

Description
Violence envers soi Évaluation négative de soi Déception et colère contre soi Inconfort envers les autres
Trois sources de la honte
Apparence Absence de pouvoir sur ses comportements Exécution d'une action perçue comme mauvaise
Effets sur l'intentionnalité
Augmentation initiale de l'intentionnalité Avec le temps, diminution l'intentionnalité Découragement et diminution de l'intérêt Retrait du sentiment d'avoir le droit de changer Long moment avant de retrouver l'intention de gérer son poids
Effets sur la capacité de se projeter dans le futur
Pessimisme Incapacité de décortiquer l'ensemble du défi en sous-objectifs
Effets sur l'autoréflexivité
Absence de ressources autoréflexives Pensée magique et non constructive Excès de responsabilisation Utilisation des justifications Raisonnement faussé Dévalorisation vue comme une remise en question Confusion entre autoréflexivité et recherche de la cause psychologique profonde
Effets sur l'autoréactivité
Réduction de l'autoréactivité Pensées négatives sur ses capacités Blocage de l'autoréactivité par peur de revivre l'échec Comportements alimentaires compensatoires Comportements d'évitement Tout ou rien

Acceptation de soi. L'acceptation de soi est un état dans lequel la valeur personnelle est estimée sans considérer le poids ou l'évaluation des autres. Dans cette section, l'acceptation est décrite à partir des propos des participantes, puis les effets de ce facteur sur les quatre propriétés de l'agentivité sont exposés.

Pour les participantes, l'acceptation de soi, c'est refuser, premièrement, de relier le poids à la valeur personnelle; deuxièmement, de relier cette valeur à la perception des autres; et, troisièmement, de considérer certains comportements comme fondamentalement mauvais. Le Tableau 11 fait la synthèse de la façon dont les participantes décrivent l'acceptation de soi.

Tableau 11

Description de l'acceptation de soi

L'acceptation c'est refuser de...
Relier le poids à la valeur personnelle
P5 : Je ne veux pas d'échec dans ma vie. Je ne pense pas qu'être une personne qui a un surplus de poids ou obèse, c'est être un échec ambulant. Je pense que c'est quelqu'un qui n'a pas atteint un rythme de croisière satisfaisant. Je suis tannée d'avoir honte et de dire que je suis un échec parce que je suis grosse. [...] J'ai assez confiance en moi et de stabilité en moi pour savoir ce que je vaudrais et ce n'est pas mon enveloppe corporelle qui va faire que je ne suis pas une personne qui vaut quelque chose. Moi, je vaudrais quelque chose.
Relier sa valeur à la perception des autres
P5 : La honte? Moi, je n'ai pas honte d'avoir un surplus de poids. Mon mari est gêné : « ah, tu es grosse », mais je dis : « moi, je m'en fous si ça ne fait pas plaisir aux autres ». Regarde, je ne suis pas là pour être une image et que les gens me disent qui je suis.
Considérer certains comportements comme étant fondamentalement mauvais
P5 : À un certain moment, je me suis lassée de diaboliser la nourriture. C'était clair, certains aliments étaient devenus des démons : « hi! Satan! <i>Vade Retro Satana</i> là, arrière Satan ». C'est bien beau, mais les foudres du ciel ne tomberont pas sur moi.

Le Tableau 12 présente les éléments qu'acceptent les participantes lorsqu'elles sont dans l'acceptation de soi. Elles acceptent de ressentir de la honte, leur poids, les limites de leurs caractéristiques physiques et le non-respect de leurs engagements.

Tableau 12

Éléments acceptés dans un contexte de gestion du poids

Ressentir de la honte
P2 : J'ai appris qu'il ne faut pas sauter d'étape sinon, ça va bloquer. Pour la honte, comme toutes les émotions, la première étape est de prendre conscience que j'ai cette émotion. J'assume, je reconnais que la honte est présente et ensuite [<i>inspiration et expiration profonde</i>], je respire, ce qui me permet de libérer l'émotion à l'intérieur de moi et je passe à d'autres choses! C'est réglé, il n'y a plus de problèmes, j'ai compris et ce n'est plus grave.
Poids
P4 : M'accepter, c'est accepter de voir ce que je n'acceptais pas: l'amplitude de mon poids. Auparavant, je me disais, « ce n'est pas moi », je me percevais plus mince. Maintenant, j'ai une perception différente, je perçois mon poids davantage comme il est.
Limite des caractéristiques physiques
P6 : Il faut faire des deuils. Je ne mesurerai jamais 5 pieds 10, puis je ne pèserai jamais 125 livres. Je n'aurai jamais l'allure de ma sœur, je n'aurais jamais l'allure de mes filles. C'est impossible, je le sais. Je ne suis pas faite de même. [...] Il faut vivre avec cela. Si je ne le règle pas à 58 ans, je vais mourir avec. C'est triste de rester avec cela.
Non-respect de ses engagements
P5 : Oui, parfois, je suis malade, je ne vais pas m'entraîner et c'est correct comme cela. Je vis bien avec cela.
P7 : Je suis dans le processus de me dire : « OK, ça ne va pas. Donc, je ne vais pas m'entraîner aujourd'hui et c'est correct. Mais demain, je vais m'entraîner. Ça va me donner de l'énergie et je serai contente après. » Et aussi, de me dire : « Oui, je n'ai pas suivi mon plan alimentaire parfaitement, j'en ai fait des excès. Mais franchement, quand je me regarde, les excès que j'ai faits, mon Dieu, il n'y a rien là. » Puis, je devrais bien plus me pardonner que me flageller.

Les effets de l'acceptation de soi sur les quatre propriétés de l'agentivité (intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur, l'autoréflexivité et l'autoréactivité) sont présentés dans ce qui suit.

Effets de l'acceptation de soi sur l'intentionnalité. L'acceptation de soi, selon les participantes, a un effet sur l'intentionnalité en provoquant une modification des priorités (voir Tableau 13). En effet, en se libérant de la honte et en cessant d'associer leur valeur personnelle à leur poids, les participantes adoptent une attitude d'acceptation selon laquelle elles mettent leur attention et leur énergie à être en paix avec elles-mêmes, à profiter de la vie, à se sentir bien et à apprendre sur elles-mêmes et leur santé.

Tableau 13

Effets de l'acceptation de soi sur l'intentionnalité

Modification des priorités
Être en paix avec soi
P4 : Une partie de moi est écœurée, elle veut la paix. Elle est écœurée de se battre, de se battre contre moi. Je suis constamment en conversation avec moi-même, je me dis de ne pas faire cela, de ne pas manger cela. Dans la prise de poids ou la réduction de poids, pourquoi ça ne pourrait pas être paisible?
Profiter de la vie
P5 : La honte, je n'en ai plus. Je l'ai effacée de mon cerveau, je l'ai occultée. Elle est peut-être présente en arrière, mais je ne la vois plus. Je ne veux plus en entendre parler. Donc, si jamais la petite voix monte, je lui demande de se taire. Je mets la priorité à vivre. Il est clair que c'est ma priorité.
Se sentir bien
P10 : Je pense que, si je devais choisir, j'aimerais mieux être bien qu'être mince. Il est plus important que je me sente mieux avec moi que d'être mince, parce que je vis avec moi tout le temps.
Apprendre sur soi et la santé
P10 : Maintenant que je m'en fais moins, je suis plus disposée à apprendre. Apprendre à me connaître me motive beaucoup. Par exemple, j'ai appris que j'avais très peur de la faim, c'était la plus grosse peur de ma vie. En apprivoisant la faim, j'ai compris que ça ne fait pas de mal d'avoir faim. J'ai beaucoup appris sur moi et cela me stimule beaucoup. Je me dis que je vais pouvoir comprendre ce qui m'empêche de bien prendre soin de moi.

Effet de l'acceptation de soi sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 14 présente un effet de l'acceptation de soi sur la capacité de se projeter dans le futur. Essentiellement, l'acceptation de soi engendre une baisse des exigences envers soi et favorise la fixation de petits objectifs.

Tableau 14

Effet de l'acceptation de soi sur la capacité de se projeter dans le futur

Baisse des exigences envers soi et fixation de petits objectifs
P4 : Lorsque j'accepte que j'ai un surpoids, je suis moins exigeante envers moi-même. Je me demande de faire des petits pas. C'est dans les petits pas que je vais y arriver.

Effets de l'acceptation sur l'autoréflexivité. Pour les participantes, l'acceptation de soi augmente l'autoréflexivité (voir Tableau 15). Premièrement, l'acceptation de soi permet de réaliser des choix en se centrant sur les conséquences réelles de ses actions. Deuxièmement, elle permet d'apprécier l'amélioration de ses capacités physiques (non seulement la perte de poids). Troisièmement, l'acceptation de soi permet d'établir des stratégies adaptées à soi. Quatrièmement, l'acceptation de soi amène à prendre une distance par rapport au poids, ce qui engendre un sentiment de bien-être.

Tableau 15

Effets de l'acceptation de soi sur l'autoréflexivité

Réalisation de choix en se centrant sur les conséquences réelles de ses actions
P5 : Elle (nutritionniste) m'aide. Elle me dit les conséquences de mes actions, mais ce n'est pas culpabilisant. Cela m'aide à réfléchir sur mes principaux défis. Alors je peux faire des choix en fonction des conséquences réelles.
Appréciation de l'amélioration des capacités physiques
P5 : Je n'ai pas perdu une livre. Je m'en fous! Je m'en « fous comme de l'an 40 ». Il y a d'autres gratifications, satisfactions que seulement la perte de poids. Je suis plus souple, plus en forme, plus mobile, je suis plus active.
Établissement de stratégies adaptées à soi
P6: Lorsque j'accepte mes limites, que j'ai moins de pression et que je suis vraiment centrée sur moi, je vais essayer de trouver des moyens qui répondent à ce que je suis, et non pas à ce que les autres veulent. Je ne choisis pas des stratégies en fonction de l'acceptation sociale. [...] Accepter mes limites fait en sorte que j'accepte davantage la réalité et que je suis en mesure de trouver les bonnes stratégies pour moi.
Prise de distance par rapport au poids engendrant un sentiment de bien-être
P9 : Lorsque je me mets dans un état d'acceptation, je prends une distance face à mon problème de poids. Il prend moins d'importance. Je me dis que je fais ce que j'ai à faire, je me sens bien et je réfléchis mieux.

Effets de l'acceptation de soi sur l'autoréactivité. En sortant de la honte, l'acceptation de soi augmente l'autoréactivité, d'un côté, en favorisant l'appréciation d'aliments sains et, d'un autre côté, en limitant la consommation de nourriture moins saine (voir Tableau 16).

Tableau 16

Effets de l'acceptation de soi sur l'autoréactivité

Appréciation des aliments sains
P5 : Cela m'amène aussi à savourer des aliments plus sains. Je mets des épices et je me dis : « Ah! C'est bon! » C'est agréable puisque c'est santé et en même temps, j'aime ça.
Limitation de la consommation de nourriture moins saine
P5 : Avant, je mangeais un biscuit et j'étais honteuse. Maintenant, je mange un biscuit et je me dis : « j'ai le goût de le manger, je vais m'en acheter et je l'apprécie ». Mais au lieu de manger le sac au complet, je vais en manger deux ou trois, je vais les savourer et ensuite, je n'en ai plus besoin.

Le Tableau 17 résume les résultats en ce qui concerne le facteur acceptation de soi.

Tableau 17

Acceptation de soi

Description
<p>L'acceptation, c'est refuser de ...</p> <ul style="list-style-type: none"> relier son poids à sa valeur personnelle relier sa valeur à la perception des autres considérer certains comportements comme étant fondamentalement mauvais <p>Éléments acceptés dans un contexte de gestion du poids:</p> <ul style="list-style-type: none"> ressentir de la honte poids limites des caractéristiques physiques non-respect de ses engagements
Effets sur l'intentionnalité
<p>Modification des priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> Être en paix avec soi Profiter de la vie Se sentir bien Apprendre sur soi et la santé
Effet sur la capacité à se projeter dans le futur
<p>Baisse des exigences envers soi et fixation de petits objectifs</p>
Effets sur l'autoréflexivité
<p>Réalisation de choix en se centrant sur les conséquences réelles de ses actions</p> <p>Appréciation de l'amélioration des capacités physiques</p> <p>Établissement de stratégies adaptées à soi</p> <p>Prise de distance par rapport au poids engendrant un sentiment de bien-être</p>
Effets sur l'autoréactivité
<p>Appréciation des aliments sains</p> <p>Limitation de la consommation de nourriture moins saine</p>

Cohérence personnelle

La seconde catégorie de facteurs concerne la cohérence personnelle, les participantes ayant fréquemment abordé l'importance d'être intègres en respectant leurs valeurs et leurs besoins. Cette catégorie regroupe deux facteurs : la non-intégrité et l'intégrité, qui indique la cohérence des comportements avec les valeurs et les besoins. Le facteur de la non-intégrité et ses effets sur les quatre propriétés de l'agentivité sont d'abord décrits. Ensuite, il sera fait de même avec le facteur de l'intégrité.

Non-intégrité. Le Tableau 18 présente le facteur de la non-intégrité tel que décrit par les participantes. Pour celles-ci, il y a deux manières distinctes d'être non intègres : psychologiquement et physiquement. Sur le plan psychologique, la non-intégrité se traduit par un sacrifice de soi, des besoins relationnels non satisfaits, une incohérence avec ses valeurs, une incohérence à l'égard de ses choix et engagements, ainsi qu'un manque de respect envers soi.

Tableau 18

Description de la non-intégrité psychologique

Non-intégrité psychologique
Sacrifice de soi
<p>P7: Je suis du genre à ne jamais dire non. Je ne suis pas encore rendue au point de mettre les autres de côté pour prendre soin de moi.</p> <p>P9 : J'aurais aimé avoir une relation harmonieuse et une bonne communication avec moi-même, mais je ne l'ai jamais eue. Puis, je ne fais rien pour cela. C'est comme si ma vie était vouée à aider les autres et je passe en second.</p> <p>P8 : Ce qui me nuit? Le fait que je suis très influençable. J'ai de la difficulté à dire : « Non ». Ce n'est pas nécessairement facile de dire « Non » à mon mari ou à ma fille pour prendre soin de moi. J'ai beau me faire des règles, je me fais souvent avoir.</p>
Besoins relationnels non satisfaits
<p>P1 : Lorsque je suis déménagée, ça ne fonctionnait plus. Je m'ennuyais dans cette ville. J'étais loin de mes parents, de mes amis, je trouvais cela mort comme ville. Je ne voulais plus être avec mon copain, mais j'étais incapable de lui dire. L'idée de me retrouver seule me terrorisait. Ça ne fonctionnait plus avec mon copain, ça ne fonctionnait plus sexuellement. Alors, je me suis mise à manger.</p>
Incohérence avec ses valeurs
<p>P6 : L'intégrité, c'est hyper important pour moi. Comment ça se fait que j'aie toutes les connaissances sur la nutrition, toute la capacité intellectuelle, mais que je n'ai pas le courage de maintenir mon plan alimentaire jusqu'au bout? Je suis quasiment gênée de dire ça. [murmure] Comment un ministre de la santé peut-il être gros de même? C'est la même image.</p>
Incohérence à l'égard de ses choix et engagements
<p>P7 : Dans le fond, quand je me suis inscrite à Kilo-Actif, je ne voulais pas faire ce programme sérieusement. Je le sais, je le comprends maintenant que, dans le fond, je voulais perdre du poids, mais je ne voulais pas en faire ma priorité.</p>
Manque de respect envers soi
<p>P6 : Quand je me dis : « Je dois me changer, je ne suis pas correcte comme ça », je ne respecte pas ce que je suis, je me fais violence, d'une certaine façon.</p>

La « non-intégrité physique » s'exprime par un déni des signaux physiques reliés à la faim et la satiété ainsi qu'à la fatigue (Tableau 19).

Tableau 19

Description de la non-intégrité physique

Déni des signaux physiques
Faim et satiété
<p>P2 : Le corps est bien fait, il est supposé indiquer quand il a faim ou non. Il est supposé dire : « écoute, quand tu manges et que tu as le goût de vomir, c'est parce que tu n'as plus faim. Alors, pourquoi veux-tu encore manger?! Tu n'as plus faim ». Moi, j'en veux encore, je ne suis plus capable d'arrêter. On dirait que le thermostat est dérégulé. Alors, ça n'aide pas.</p> <p>P7 : Quand je suis obsédée par le nombre sur le pèse-personne et que je n'écoute plus mes signaux de satiété, je ne porte plus attention à mon intégrité physique, à prendre soin de mon corps. Je suis déséquilibrée, je suis dans mon processus : « Il faut que je perde du poids, je mange trop, il faut que je coupe encore. »</p> <p>P7 : Quand j'ai lu le livre « Manger » de Guylaine Guèvremont et Marie-Claude Lortie, j'ai pris conscience qu'on nous a tout le temps mises au régime. Se mettre au régime signifie se priver. Sauf qu'en se privant tout le temps, on en arrive à ne plus écouter son corps. J'ai faim, mais ce n'est pas grave, je maigris. Mais ce n'est même pas vrai, cela cause un problème de métabolisme contreproductif. Et comme on nous dit comment manger, comme ceci, comme cela, on ne ressent plus. On ne ressent plus son corps.</p>
Fatigue
<p>P1 : Il y a des périodes où je travaillais très fort et où je m'épuisais. C'est arrivé plusieurs fois où j'ai été obligée de prendre 1 à 3 mois de congé parce que j'étais au bout de mon rouleau. Mais je n'allais jamais au bout de ma récupération parce que dès que je me sentais à peu près correcte, je retournais travailler. Dans ces périodes, je n'arrivais pas à gérer mon poids.</p> <p>P3 : Dans les quatre dernières années, j'avais une fatigue générale. C'est à ce moment que j'avais du mal à maigrir. Je n'avais plus d'énergie. J'allais travailler, c'était difficile, je travaillais fort physiquement. Il fallait presque me lever, me donner une poussée pour que je sorte du lit et que j'aie travaillé, c'était l'enfer. J'étais vraiment dans le fond du baril et peut-être un peu sur le bord de l'épuisement professionnel. À part les obligations, je n'arrivais pas à faire autre chose.</p>

Dans cette partie, les effets de la non-intégrité sur les quatre propriétés de l'agentivité sont présentés.

Effets de la non-intégrité sur l'intentionnalité. Le Tableau 20 présente les effets de la non-intégrité sur l'intentionnalité. Selon les participantes, la non-intégrité réduit l'intentionnalité, en faisant en sorte que la motivation est centrée sur la désirabilité sociale et en favorisant la résistance à la perte de poids. D'autre part et à l'extrême, la non-intégrité peut augmenter l'intentionnalité en provoquant un retour à soi.

Tableau 20

Effets de la non-intégrité sur l'intentionnalité

Réduction de l'intentionnalité
Motivation centrée sur la désirabilité sociale
P6: Mes intentions sont rattachées aux autres. Je fais les choses pour être comme les autres, je ne suis pas en connexion avec moi. Je ne peux pas former librement mes intentions, car mes intentions ne viennent pas vraiment de moi, de ce que je suis.
Résistance à la perte de poids
P1 : Je voulais laisser mon copain, mais je ne me décidais pas. Je pense qu'intérieurement, je ne voulais pas maigrir. Je crois qu'inconsciemment je me disais : « si tu es plus grosse, il va te trouver moins intéressante et ce sera plus facile de le laisser ou c'est lui qui va partir ». J'ai l'impression qu'il y avait une partie de moi qui se disait : « si je suis moins attirante, il va me laisser tranquille, ce sera plus facile. Je n'aurai pas à le faire moi-même volontairement, à me respecter, à m'affirmer et à mettre fin à la relation. Cela va se faire naturellement ».

Tableau 20

Effets de la non-intégrité sur l'intentionnalité (suite)

Augmentation de l'intentionnalité
Retour à soi
P10 : Comme j'étais dépressive, profondément insatisfaite de ma vie, avec le sentiment de passer à côté de moi, j'ai fait un changement extrême. Au lieu d'essayer de changer les choses, j'ai tout lâché, emploi, conjoint, maison, j'ai laissé mes filles avec leur père, mon ex-conjoint, et je suis déménagée seule à la campagne pour m'occuper de moi.

Effets de la non-intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 21 présente les effets de la non-intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur. Selon les participantes, la non-intégrité diminue la capacité de se projeter dans le futur, essentiellement parce qu'elle engendre du pessimisme et parfois même un sentiment de fatalité.

Tableau 21

Effets de la non-intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur

Pessimisme
P6 : Lorsque je me dis : « je dois me changer parce que je ne suis pas correcte », je me projette dans le futur et je me dis ensuite : « ça ne marchera pas, je ne continuerai pas, je vais lâcher ».
Fatalité
P3 : J'étais épuisée, je n'avais pas de satisfaction au travail, j'avais plutôt de la frustration. Je voyais tout en noir. Je me disais : « de toute façon, ça ne vaut plus la peine ». Ça ne m'intéressait même plus de me voir à 80 ans. Je me disais : « Est-ce que cela peut finir au plus vite? ».

Effets de la non-intégrité sur l'autoréflexivité. Le Tableau 22 présente les effets de la non-intégrité sur l'autoréflexivité. Selon les résultats obtenus auprès des participantes, la non-intégrité diminue l'autoréflexivité. Premièrement, être non intègre peut faire en sorte que l'attention est portée sur les autres au détriment de soi. Deuxièmement, être non intègre peut faire en sorte qu'il y ait un manque d'énergie pour soutenir l'autoréflexivité. Troisièmement, le manque d'intégrité entraîne parfois des sensations perturbantes, ce qui rend l'autoréflexivité difficile.

Tableau 22

Effets de la non-intégrité sur l'autoréflexivité

Attention portée sur les autres au détriment de soi
P9 : Quand je porte toute mon attention sur les autres, bien que j'aie des problèmes personnels, je ne pense pas à mes problèmes. Je ne pense pas à comment il faudrait changer mes habitudes. Je ne m'écoute pas, je suis trop prise à régler les problèmes des autres.
Manque d'énergie pour l'autoréflexivité
P3 : J'étais épuisée, je n'avais plus d'énergie disponible pour autre chose que le travail, donc je n'en avais pas pour penser à faire quelque chose pour perdre du poids. Chez moi, je faisais le minimum. En gros, cela se résumait à ceci : travail, manger, dormir, travail, manger et ainsi de suite. Tout ce qui arrivait en plus du travail, manger, dormir... était difficile à gérer. C'était très difficile d'analyser, de prendre des décisions, de réfléchir à autre chose que : « il faut que je travaille ». J'étais en survie, il fallait que je m'en sorte.
Sensations perturbantes
P8 : Lorsque j'ai très faim, que je souffre beaucoup et que j'ai mal à la tête, je suis envahie par mes sensations, je suis préoccupée et cela perturbe ma réflexion.

Effets de la non-intégrité sur l'autoréactivité. Le Tableau 23 présente les nombreux effets de la non-intégrité sur l'autoréactivité. Pour les participantes, être non intègre diminue l'autoréactivité de plusieurs manières, notamment en engendrant un manque de dosage dans l'action, en inhibant le passage à l'action en raison de la fatigue et en empêchant l'autorégulation dans l'action à cause de la centration sur les autres. La non-intégrité peut aussi mener à l'abandon des comportements de santé, au report de ses engagements, à la perte de confiance en soi, à la compensation d'une insatisfaction par la nourriture et, au bout du compte, à la déception envers soi.

Tableau 23

Effets de la non-intégrité sur l'autoréactivité

Manque de dosage dans l'action
P1 : Quand je ne m'écoute pas, je n'arrive pas à doser, à trouver l'équilibre. Soit que je travaille très fort, soit je suis complètement épuisée et il faut que j'arrête. Comme si je ne parvenais pas à trouver le juste milieu. Je me dis que c'est peut-être la même chose dans la façon que je mange et fais ou ne fais pas d'exercice: je n'arrive pas à doser, à trouver cet équilibre.
Absence d'action due à la fatigue
P3 : J'étais trop fatiguée, trop épuisée. Je n'avais pas l'énergie pour autre chose et pas d'énergie pour m'entraîner. Je revenais de travailler, je m'étendais et j'allais souper. Je ne faisais rien d'autre. Je mangeais, je faisais ce qu'il y avait à faire et j'allais travailler. Et quand je suis trop fatiguée, je mange n'importe quoi. Je commande une pizza et je ne prends plus le temps de cuisiner.
P3 : Avant, bien que je voulais aller chercher les enfants et aller jouer au parc, je ne le faisais pas parce que j'étais épuisée. Ce n'était pas les intentions qui manquaient, c'était la capacité physique, je n'avais pas l'énergie pour le faire. Je voulais le faire dans ma tête, mais on ne passe pas à l'action lorsqu'on est trop fatiguée. Donc, on choisit d'autres activités, comme aller louer un film pour rester assis sur le divan.
P7 : Si j'ai trop mangé, qu'est-ce que ça fait? Je suis fatiguée, je n'ai plus de concentration, j'ai presque mal au cœur et je ne dors pas bien. Alors, je me lève le lendemain matin en me disant : « Bon, bien, c'est aujourd'hui que ça commence. » Mais non, ce n'est pas aujourd'hui que ça commence puisque je suis trop fatiguée.
Absence d'autorégulation dans l'action à cause de la centration sur les autres
P9 : Je ne passe pas à l'action pour moi au quotidien, je ne m'autorégule pas dans les situations parce que j'ai des problèmes avec d'autres personnes. Tant que je n'ai pas résolu ces problèmes importants dans ma vie, je ne suis pas capable de m'occuper de moi.
P9 : Je suis trop axée sur l'autre. Je ne porte attention que sur ce que je fais pour l'autre. Étant trop prise dans mes préoccupations à propos des autres, je ne pense pas à dire : « Je vais faire de la cuisine, puis je vais faire ceci. »

Tableau 23

Effets de la non-intégrité sur l'autoréactivité (suite)

Abandon des comportements de santé
<p>P6 : Quand je me dis que je dois changer parce que je ne suis pas correcte comme je suis, je vais peut-être passer à l'action dans un premier temps, mais ensuite, c'est l'abandon. [...] Par exemple, si je me compare aux autres et que je me dis que je dois aller m'entraîner cinq ou six jours par semaine parce que tout le monde fait ça, je sais que je vais lâcher.</p> <p>P6 : Quand je suis coincée dans une tension, dans quelque chose que je n'aime pas, qui ne me convient pas, j'abandonne et je recommence dans les vieilles habitudes.</p>
Report de ses engagements
<p>P9 : Je remets à plus tard, je me dis: « Je vais avoir le temps un moment donné, mais maintenant, ce n'est pas la priorité. » Bien que je me dise, « j'aimerais méditer, lire, bouger », je me dis aussi constamment, « il faut que je vende mon condo, il faut que ceci, il faut que ça ». En fait, je me dis que c'est vraiment important que je m'occupe de moi et je suis convaincue que je vais le faire plus tard. Mais finalement je n'y arrive jamais.</p>
Perte de confiance en soi
<p>P5 : Dans un régime strict, quand je me force et je me conditionne à faire quelque chose que je n'aime pas, je ne me respecte pas du tout. J'essaie de me faire croire que j'aime ça. Mais je n'aime pas cela, je n'en veux pas, alors je ne le fais pas. Ensuite, je perds confiance en moi.</p>
Compensation d'une insatisfaction par la nourriture
<p>P9 : Je suis insatisfaite dans ma relation de couple, mais je ne m'écoute pas, je ne fais rien pour changer cela. Je ne me sens pas bien avec mon copain, alors je mange. Je satisfais le moment présent.</p> <p>P7 : Si je ne suis pas à l'écoute de mes besoins dans ma vie, j'ai moins de satisfaction. Ça va m'amener à manger pour compenser.</p>
Déception envers soi
<p>P9 : Après avoir mangé ce que je ne voulais pas manger, après ne pas avoir respecté les engagements que je me suis donnés envers moi, je suis déçue de moi.</p>

Le Tableau 24 résume la description de la non-intégrité proposée par les participantes et l'effet de ce facteur sur les quatre propriétés de l'agentivité.

Tableau 24

Non-intégrité

Description
Non-intégrité psychologique : Sacrifice de soi; besoins relationnels non satisfaits; incohérence avec ses valeurs; incohérence à l'égard de ses choix et engagements; manque de respect envers soi.
Non-intégrité physique : Déni des signaux physiques (faim et satiété, fatigue).
Effets sur l'intentionnalité
Réduction de l'intentionnalité Motivation centrée sur la désirabilité sociale Résistance à la perte de poids Augmentation de l'intentionnalité Retour à soi
Effets sur la capacité de se projeter dans le futur
Pessimisme Fatalité
Effets sur l'autoréflexivité
Attention portée sur les autres au détriment de soi Manque d'énergie pour l'autoréflexivité Sensations perturbantes
Effets sur l'autoréactivité
Manque de dosage dans l'action Absence d'action due à la fatigue Absence d'autorégulation dans l'action à cause de la centration sur les autres Abandon des comportements de santé Report de ses engagements Perte de confiance en soi Compensation d'une insatisfaction par la nourriture Déception envers soi

Intégrité. Dans la présente section, la description de l'intégrité, telle que perçue par les participantes, est présentée, puis les effets de ce facteur sur les quatre propriétés de l'agentivité sont décrits.

Les participantes ont décrit deux volets de l'intégrité : l'intégrité psychologique et l'intégrité physique. Elles ont suggéré que l'intégrité psychologique comprend le respect de soi et l'accomplissement de ses engagements, tel qu'indiqué dans le Tableau 25.

Tableau 25

Description de l'intégrité psychologique

Respect de soi
<p>P5 : Pour moi, me respecter, c'est lorsque je fais ce qui est bon pour moi, bon pour ma santé, quelque chose qui me convient, sans m'y forcer parce que j'y ai été conditionnée. Quand je me force et que je me conditionne à faire quelque chose que je n'aime pas, je ne me respecte pas du tout.</p> <p>P5 : J'ai vécu des agressions physiques dans ma vie, du harcèlement aussi. Maintenant, personne ne va m'agresser. Si je me sens contrainte, je réagis, je bloque. Si un professionnel de la santé veut me forcer à faire quelque chose, je réagis, je tombe dans un esprit de survie, dans un esprit de protection. Il n'y a plus personne qui va me forcer. Je me protège, personne ne me fera plus souffrir. « Tu ne me diras pas des niaiseries, tu ne me donneras pas un jugement de valeur, tu vas me donner de vrais faits et, ensuite, je vais choisir ce que je veux faire ».</p>
Accomplissement de ses engagements
<p>P2 : Je me suis dit : « Je me suis engagée à venir, je vais venir même si je suis blessée. Je vais adapter mon entraînement. J'ai entendu dire que lorsqu'on s'entraîne dans une piscine, on se « rebâtit ». Et bien, je ne vais pas arrêter. Je vais aller me rebâtir. »</p>

L'intégrité physique, pour sa part, se traduit par l'écoute de ses besoins physiques et le plaisir de faire de l'activité physique (voir Tableau 26).

Tableau 26

Description de l'intégrité physique

Écoute de ses besoins physiques
P7 : Si je m'écoute, je peux savoir si j'ai faim ou non, et je peux arrêter de manger si je n'ai plus faim.
P1 : J'ai l'impression qu'une bonne piste est d'observer ce qui se passe sur le plan physique lorsque j'ai faim et lorsque je n'ai pas faim. Être connectée de cette façon. Est-ce que j'ai vraiment envie de manger?
P7 : C'est important d'écouter sa faim. Je n'ai pas faim, bien j'aurai faim tantôt et je mangerai tantôt.
P2 : Mon corps m'a obligée à respecter mon rythme. J'étais blessée, je me suis achetée plein d'accessoires pour me soigner. J'aurais pu arrêter complètement l'activité physique, mais j'ai continué le programme d'entraînement et ajusté l'activité physique en écoutant bien mon corps. Je ne montais pas des marches, je ne courais pas, je marchais. Je ne pouvais pas plier les genoux, je ne pouvais pas conduire mon auto, mais quelqu'un venait m'y reconduire.
Plaisir de faire de l'activité physique
P7 : Je fais du sport parce que ça me fait du bien. Je ne veux pas le faire pour dépenser un certain nombre de calories.
P8 : Je ne fais pas de l'activité physique pour perdre du poids, même si j'ai toujours cela en tête, mais je le fais plutôt pour le plaisir, pour moi.

Dans cette section, les effets de l'intégrité sur les quatre propriétés de l'agentivité sont présentés.

Effets de l'intégrité sur l'intentionnalité. Le Tableau 27 présente les effets positifs de l'intégrité sur l'intentionnalité. L'intégrité engendre une capacité de formuler ses intentions, une motivation provenant de soi, une priorisation de soi, une motivation centrée sur la santé, une action orientée vers le plaisir sain et des choix alimentaires de qualité.

Tableau 27

Effets de l'intégrité sur l'intentionnalité

Capacité de formuler ses intentions
P5 : Penser à moi, faire des choix par rapport à moi fait en sorte que je suis capable de formuler mes intentions.
Motivation provenant de soi
P1 : Je souhaite que ça vienne d'un élan intérieur, pas parce qu'il le faut, pas à cause d'une exigence ou parce que je veux gagner de l'argent ou servir les autres.
P7 : J'essaie plutôt de me demander comment je me sens intérieurement au lieu de toujours regarder le pèse-personne. Aussi, j'essaie de ressentir. Si je suis bien, ça doit être pas si mal.
P6 : Je suis centrée sur moi, je vais essayer de trouver des moyens qui répondent à ce que je suis et non pas à ce que les autres veulent, par besoin d'acceptation sociale. Par exemple, je ne suivrai pas la mode du jogging, j'haïs ça.
P7 : Il est important que je sois capable de mettre mon pied à terre et de dire « Non », si ce que les autres mangent ou font ne me convient pas, si je ne veux pas. Du cantaloup, c'est peut-être bon pour la santé avec du fromage cottage. Mais moi, ça ne me tente plus d'en manger, je déteste ça! Je fais mes propres choix plutôt que d'être centrée sur ce que les autres vont dire ou faire.
Priorisation de soi
P1 : J'ai envie que ce soit moi en premier.
P7 : L'entraînement physique. C'est une heure pour moi où je dois penser à moi, prendre soin de moi. Une heure où il n'y a personne d'autre que moi qui existe.
P2 : C'est sûr qu'il y a toujours des urgences, des gens qui souhaitent absolument me voir. J'ai décidé qu'il n'y avait plus de place lors de mes périodes d'entraînement et que je n'allais plus les annuler pour mes clients. Avant, je tassais l'entraînement pour un client et je m'entraînais plus tard. Par exemple, je voulais m'entraîner à 9h00, j'y allais à 11h00 parce j'avais inséré un client. Mais maintenant, je ne le fais plus. Je me dis que c'est à mes clients d'ajuster leurs horaires.
P9 : C'est moi qui suis importante. Le social et les autres deviennent secondaires. C'est parce que je me suis mise en premier. Les autres, s'ils ont besoin de moi, qu'ils attendent parce que je passe en priorité.

Tableau 27

Effets de l'intégrité sur l'intentionnalité (suite)

Motivation centrée sur la santé
<p>P5 : J'aimerais perdre du poids pour ma santé, pas pour avoir l'air de « Miss Chose ».</p> <p>P9 : Avant, c'était pour être belle, mais maintenant, c'est pour ma santé.</p> <p>P5 : Ce qui fonctionne pour moi est de viser autre chose que seulement la perte de poids. C'est viser aussi la santé, la forme physique avec un grand « F ».</p> <p>P3 : C'est attirant le régime aux protéines parce que je peux perdre du poids rapidement. La rapidité est attirante, mais je me suis dit : « non, non, non, cela ne doit pas être bon pour la santé ». Et, à mon âge, la santé est importante. Ayant été malade, j'ai appris que je ne suis pas invincible. La santé est devenue une valeur fondamentale.</p> <p>P6 : Je n'ai pas l'objectif d'avoir le poids que je pesais lorsque je me suis mariée. J'ai l'objectif de perdre du poids pour baisser mon cholestérol et pour diminuer mes symptômes musculosquelettiques. Le seul changement que je veux, c'est améliorer ma condition physique.</p> <p>P9 : Présentement, quand je vais faire de l'activité physique, je pense davantage à ma santé qu'à mon poids. Je sais qu'il faut que je perde du poids, mais je pense encore plus à ma santé.</p>
Action orientée vers le plaisir sain
<p>P7 : Par plaisir, ça ne veut pas dire de manger une grosse patate frite avec un gros Big Mac. Ce n'est pas cela. L'autre jour, je me suis fait une recette de tofu, puis c'était comme un « wrap » avec des avocats, j'adore les avocats. Je mangeais et je me disais : « mon Dieu, c'est bon, c'est plaisant. » C'est pour moi un plaisir sain.</p>
Choix alimentaires de qualité
<p>P3 : J'ai compris qu'il était important de faire des meilleurs choix dans les aliments afin de mieux prendre soin de mes besoins nutritionnels.</p> <p>P6 : Dans le programme que je fais, le but est de faire des choix de qualité pour me procurer des bienfaits nutritionnels.</p>

Effets de l'intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 28 présente les effets de l'intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur. Du point de vue des participantes, l'intégrité favorise l'optimisme, fait en sorte que les participantes se visualisent plus en santé et se sentant bien, et cela procure du sens à leur vie.

Tableau 28

Effets de l'intégrité sur la capacité de se projeter dans le futur

Optimisme
P5 : Je vais y arriver dans le futur. J'ai l'intention de réaliser des actions qui vont me permettre de prendre soin de moi aujourd'hui et tous les prochains « aujourd'hui ».
P9 : Le fait de m'affirmer davantage, d'être à l'écoute de moi, me rend plus optimiste.
P7 : Quand je m'aime, me respecte, je peux aller loin, je peux réaliser ce que je veux.
P9 : Quand je me centre sur le bien-être, sur ma santé plutôt que sur le nombre sur le pèse-personne, je me sens aller vers quelque chose de positif.
Visualisation de soi plus en santé
P3 : Je me projette dans le futur beaucoup mieux. Dans ma tête, je me dis : « on peut vieillir en santé ». Ce n'est pas drôle avoir 80 ans, avoir de la difficulté à se déplacer et être déprimée. Je veux faire une belle petite vieille qui est capable de faire ses affaires, qui continue à s'entraîner.
Visualisation de soi se sentant bien
P7 : Dans mon processus, je suis passé de la gestion du poids à la gestion de la santé et du bien-être. Ma manière de me projeter dans le futur s'est modifiée. J'essaie de me projeter davantage en me disant, « Je vais me sentir bien », plutôt que de me voir mince. Je me projette moins essoufflée dans le futur, avec plus d'énergie, plutôt qu'en portant du huit ans et en perdant une livre par semaine.
Sens à la vie
P6 : Au sujet de la capacité de me projeter dans le futur, si je me dis que j'ai la bonne intention en fonction de ce que je suis maintenant en 2014, en fonction de ce que je suis tout simplement, avec tout ce que j'ai vécu, mon expérience personnelle, il me semble que cela donne du sens à ma vie.

Effets de l'intégrité sur l'autoréflexivité. Le Tableau 29 présente les effets positifs de l'intégrité sur l'autoréflexivité. Elle facilite l'autoréflexivité et procure du calme et de la patience, tout en réduisant la peur du jugement.

Tableau 29

Effets de l'intégrité sur l'autoréflexivité

Facilitation de l'autoréflexivité
<p>P1 : Quand mes actions sont cohérentes avec mes besoins, j'ai l'impression que ça rend l'autoréflexivité plus facile parce que je ressens du plaisir et de la satisfaction provenant d'autres besoins que la nourriture.</p> <p>P3 : Lorsque j'ai un bon niveau d'énergie, quand j'ai pris soin de mes besoins physiques, mes réflexions sont beaucoup plus belles et plus « roses », si on peut dire. Il est beaucoup plus facile d'analyser les situations, car j'ai les idées claires. S'il arrive un problème, il est beaucoup plus facile d'y faire face. Je ne suis pas troublée dans ma tête. Je sais que c'est seulement un problème, je n'en fais pas tout un plat.</p> <p>P5 : Prendre mon temps pour choisir ce qu'il y a de mieux pour moi me donne de meilleures capacités d'autoréflexion. Parce que je peux analyser ce que je veux, ce que je fais et où je m'en vais. Laissez-moi le temps de réfléchir et je vais y arriver. Peut-être pas aujourd'hui, ça ne me convient peut-être pas, mais ça va me convenir peut-être demain, peut-être un peu plus tard.</p>
Calme et patience
<p>P6 : Lorsque je me centre sur moi plutôt que de me préoccuper du jugement des autres, ça m'apporte un calme dans l'autoréflexivité. Aussi, ça augmente ma patience, j'accepte que ça prenne plusieurs années pour perdre du poids. C'est progressif et à long terme.</p>
Réduction de la peur du jugement
<p>P6 : Aussi, lorsque je prends soin de moi, que je porte mon attention sur mes besoins plutôt que sur ce que les autres vont penser, je dédramatise, j'ai moins peur du jugement des autres concernant mon image corporelle. Cela libère ma capacité d'autoréflexivité et la rend plus fonctionnelle.</p>

Effets de l'intégrité sur l'autoréactivité. Le Tableau 30 présente les effets de l'intégrité sur l'autoréactivité. Dans un premier temps, être intègre peut exiger des sacrifices, mais dans un second temps cela procure de la satisfaction, augmente la motivation à passer à l'action, favorise un engagement ferme, accroît le passage à l'action et rend celui-ci plus agréable et plus facile. L'intégrité a aussi pour effets d'engendrer des comportements de santé réguliers et durables, de réduire les compensations alimentaires et d'encourager l'affirmation de ses limites envers les autres.

Tableau 30

Effets de l'intégrité sur l'autoréactivité

Peut exiger des sacrifices, puis cela procure de la satisfaction
P3 : C'est certain qu'il y a certains sacrifices au début pour être intègre, comme ne plus manger de pain blanc, par exemple. Ensuite, les choix sont plus satisfaisants. En faisant ces changements, je me rends compte que le pain blanc, je n'en voudrais même pas maintenant, car ça ne goûte plus rien pour moi.
Augmentation de la motivation à passer à l'action
P8 : Quand j'ai du plaisir à faire de l'activité physique, c'est du temps à moi. Ça devient une récompense de se lever pour aller m'entraîner. Cela a un effet important sur ma motivation.
Engagement ferme
P5 : Quand je pense à moi, je me sens libre et c'est moi qui décide de m'engager. Je vais passer à l'action.
P9 : M'entraîner devient une priorité lorsque j'ai du plaisir à le faire. Quand je me couche le soir, je sais que c'est ce que je vais faire le lendemain. Les autres activités viendront après. C'est comme cela que je le sens. Cette activité passe en premier.
P7 : Il est certain que je vais faire de l'activité physique. Je me lève à 5h le vendredi matin même si je me suis couchée tard la veille. Je le fais parce que je sais que je me sens bien après.

Tableau 30

Effets de l'intégrité sur l'autoréactivité (suite)

Augmentation du passage à l'action
P5 : Si je fais confiance à ce que je choisis pour moi, c'est le bon choix parce que cela me correspond, j'ai bien plus de chance de le faire. C'est de l'amour et du respect de soi-même. Ça m'amène à avancer, à passer à l'action.
P3 : Maintenant j'ai beaucoup plus d'énergie. Je vais chercher les enfants, on va jouer au <i>frisbee</i> , je suis plus active physiquement et je peux faire beaucoup plus de choses maintenant que j'ai pris soin de moi physiquement.
Agréable
P5 : Ce n'est pas quelque chose qui va me faire souffrir, dans laquelle je ne serai pas bien. C'est sécurisant et agréable lorsqu'il n'y a personne qui me force. C'est moi qui vais y arriver, je vais l'avoir choisi et je vais avoir analysé que c'est bon pour moi.
Plus facile
P6 : Lorsque mon intention est au niveau de la santé, ça vient baisser la pression et ça se fait plus facilement. Toute la pression que je me mettais à d'autres moments où j'ai voulu perdre du poids, elle n'est plus là. Ce n'est pas difficile.
Comportements de santé réguliers et durables
P9 : Quand je me mets en priorité, je suis plus régulière. Je suis plus régulière dans mon organisation face à mes comportements pour gérer mon poids et pour organiser ma vie autrement. Je suis plus régulière parce que j'ai vraiment décidé.
P5 : Être toujours dans l'excès, par exemple s'entraîner cinq fois par semaine, ce n'est pas durable. Moi si je veux que ce soit durable, il faut que je fasse d'autres choses de ma vie, il faut que je profite de la vie, que je prenne soin de moi et de l'ensemble de mes besoins, c'est bien important.
P6 : Dans la démarche que je fais, je porte une grande attention à ce que mes besoins soient satisfaits. En faisant cela, les changements que je fais vont rester pour toujours.
Réduction des compensations alimentaires
P8 : Lorsque je mangeais beaucoup trop, je ne le faisais pas dans la conscience. J'étais distraite par toutes sortes de choses et c'était machinal. Quand je suis plus à l'écoute de moi, je suis plus consciente, en contrôle de mon alimentation, en connexion avec moi-même, je le sens et je mange moins.

Tableau 30

Effets de l'intégrité sur l'autoréactivité (suite)

Réduction des compensations alimentaires
<p>P7 : Lorsque je suis à l'écoute de moi, je me demande si j'ai faim pour une deuxième assiette. Si j'ai faim pour une deuxième assiette, je n'ai pas à me sentir coupable. Si je n'ai pas faim pour une deuxième assiette, j'arrête là.</p> <p>P6 : Mon but est de satisfaire ma faim, car lorsque j'ai toujours faim, j'ai le goût de dévorer n'importe quoi. Comme je me satisfais, je ne vais pas « outremanger ». Des crises de rage, des crises de sucre, je n'en ai pas. C'est vraiment un changement. L'important est de me demander : « Est-ce que j'ai vraiment besoin de manger cela? ».</p> <p>P1 : J'étais bien dans ma vie, j'avais des activités professionnelles que j'aimais, j'avais plein d'amis, j'étais très satisfaite. Il y avait plein de choses qui faisaient que j'étais bien, ce qui faisait que la nourriture était probablement moins importante. Je n'avais pas besoin de compenser, j'avais mes satisfactions ailleurs.</p>
Affirmation de ses limites envers les autres
<p>P9 : À 55 ans, je suis montée jusqu'à 201 livres. Je me suis dit : « Ça n'a aucun bon sens. Je ne me sens pas bien. » D'un coup sec, j'ai dit : « je m'occupe de moi, de ma santé, c'est moi d'abord » et j'ai avisé mon conjoint. Il continue à venir chez moi les fins de semaine, mais il me téléphone seulement pendant la semaine parce que je lui ai mis un <i>stop</i>. Ma fille m'attend tout le temps, mais elle respecte lorsque je lui dis : « je ne peux pas, j'ai telle chose à faire. » Même si je ressens un léger inconfort par rapport à eux, je reste fidèle à moi-même.</p>

Voici le tableau 31 résumant la description de l'intégrité par les participantes et ses effets perçus sur les quatre propriétés de l'agentivité.

Tableau 31

Intégrité

Description
Intégrité psychologique : Respect de soi, accomplissement de ses engagements
Intégrité physique : Écoute de ses besoins physiques, plaisir de faire de l'activité physique
Effets sur l'intentionnalité
Capacité de formuler ses intentions Motivation provenant de soi Priorisation de soi Motivation centrée sur la santé Action orientée vers le plaisir sain Choix alimentaires de qualité
Effets sur la capacité à se projeter dans le futur
Optimisme Visualisation de soi plus en santé Visualisation de soi se sentant bien Sens à la vie
Effets sur l'autoréflexivité
Facilitation de l'autoréflexivité Calme et patience Réduction de la peur du jugement
Effets sur l'autoréactivité
Peut exiger des sacrifices, puis cela procure de la satisfaction Augmentation de la motivation à passer à l'action Engagement ferme Augmentation du passage à action Agréable Plus facile Comportements de santé réguliers et durables Réduction des compensations alimentaires Affirmation de ses limites envers les autres

Pouvoir personnel

Suite à la valeur personnelle et la cohérence personnelle, une troisième catégorie de facteurs a été identifiée pour répondre au premier objectif de cette recherche : la perception du pouvoir personnel sur le poids. Il convient, avant toute chose, de clarifier la différence entre la perception du pouvoir personnel et le sentiment d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle est la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités (Bandura, 1997). Il porte sur des comportements ou une série de comportements (p. ex., l'individu a le sentiment qu'il fera ses séances d'activité physique à la fréquence souhaitée). La perception du pouvoir personnel, quant à elle, a pour objet un résultat (par ex., l'individu perçoit qu'il a du pouvoir sur le poids qu'il veut atteindre).

Dans cette catégorie, deux facteurs ont été identifiés : la toute-puissance et le réalisme. Nous commençons par le facteur « toute-puissance » et ses effets sur les quatre propriétés de l'agentivité avant d'aborder le réalisme.

Toute-puissance. Le Tableau 32 présente la description de la toute-puissance que peuvent éprouver les participantes. La toute-puissance procure une impression de contrôle sur le poids, conduit au refus de se considérer comme une victime d'un problème de santé et est associée à un état de déconnexion.

Tableau 32

Description de la toute-puissance

Impression de contrôle sur le poids
P7 : J'ai l'impression d'être en contrôle de mon poids. C'est cela la toute-puissance. Je sens que je suis en contrôle.
Refus de se considérer comme victime d'un problème de santé
P2 : Autant pour l'arythmie, l'hypertension ou le surpoids, je suis convaincue que le problème est psychologique. Il y a une programmation génétique ou mentale à l'intérieur de moi. On m'a mis dans la tête que j'étais l'héritière d'un problème de famille. Non, je ne suis pas victime de ça. Oui, je suis arrivée avec ça dans mon bagage, mais ça se déprogramme.
État de déconnexion
P1 : Lorsque je repense à la période où j'ai fait mon régime très strict sur quatre mois, je me rends compte que, bien que j'avais une vie satisfaisante, jusqu'à un certain point, il y avait quelque chose de déconnecté en moi. Je me sentais très forte, je perdais du poids efficacement. J'avais plein d'amants, ce n'était pas des amoureux, c'était vraiment physique. Mais, il y avait quelque chose de déconnecté et, à un moment, je me suis rendue compte que ce n'était pas ce que je voulais dans ma vie. J'ai l'impression que de vouloir maigrir rapidement, c'est être dans ce tourbillon, c'est-à-dire être déconnectée, et ce n'est pas ce que je veux.

Dans cette section, les effets de la toute-puissance sur les quatre propriétés de l'agentivité sont abordés.

Effets de la toute-puissance sur l'intentionnalité. Le Tableau 33 présente les effets de la toute-puissance sur l'intentionnalité. La toute-puissance n'engendre aucune restriction dans les engagements, car elle donne l'impression de pouvoir tout accomplir. Elle engendre une obligation de maigrir et une motivation à démontrer son contrôle sur son poids à soi et aux autres.

Tableau 33

Effets de la toute-puissance sur l'intentionnalité

Aucune restriction dans les engagements, car impression de pouvoir tout accomplir
P7 : Je m'occupe de tout le monde, je me dis que je vais être capable de tout faire, puis d'aller là, puis de faire cela, puis de m'occuper de lui et de perdre du poids, etc. À ce moment, je suis une « super woman »! [rire]
Obligation de maigrir
P7 : Dans la toute-puissance, ce n'est pas un choix libre comme il est écrit dans la définition de l'intentionnalité. C'est comme si je me sens obligée de maigrir.
Motivation à démontrer son contrôle sur son poids à soi et aux autres
P7 : Lorsque tu as fait beaucoup de régimes, les gens t'ont vue et se disent : « Elle perd, elle engraisse. » À un moment donné, j'en viens moi-même à ne plus avoir confiance, je sens que les autres n'ont plus confiance non plus. Donc, on dirait que je suis obligée de me convaincre et de convaincre les autres que ça va fonctionner, que je vais être capable d'aller jusqu'au bout pour une fois.
P7: Je veux montrer à tout le monde que je peux tout faire. Les autres vont voir que je peux perdre du poids. Je veux montrer aux autres que j'ai du contrôle, que je ne suis pas, excusez-moi, une « grosse cochonne ».

Effets de la toute-puissance sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 34 présente les effets de la toute-puissance sur la capacité de se projeter dans le futur. La toute-puissance procure un optimisme initial par rapport à la perte de poids. Elle engendre aussi la perception, chez les participantes, que la perte de poids se fera sans effort, qu'elles recevront davantage d'amour et de marques de confiance de la part des autres. Néanmoins, la toute-puissance aboutit à un sentiment de pessimisme vis-à-vis la perte de poids.

Tableau 34

Effets de la toute-puissance sur la capacité de se projeter dans le futur

Optimisme initial par rapport à la perte de poids
P7 : L'effet de la toute-puissance sur la capacité de se projeter dans le futur? Je dirais que cela m'amène à me dire : « Ah oui, je vais être mince, je vais porter mon costume de bain et je vais être comme la fille dans la revue. »
Perception d'une perte de poids sans effort
P7 : Dans la toute-puissance, je perçois que ça va être facile. Après avoir fait tout cela, tout est réglé, et tout va se faire comme si de rien n'était. Je vais être la fille qui va tout régler et ça ne me demandera pas d'énergie.
P2 : Le matin où je vais avoir fait le ménage de tout ce qu'on m'a mis dans le corps, dans la tête, dans mes pensées, incluant dans la société, à l'école, à ce moment-là, je n'aurai même pas à faire d'efforts, tout va se faire aisément, la peau va se replacer. La vie est vraiment bien faite, c'est ma croyance. Le cerveau est capable de se reprogrammer.
P4 : C'est comme s'il y a une pensée magique qui me dit que ça va se faire tout seul. Je vais comprendre et je vais maigrir toute seule.
Perception de soi recevant davantage d'amour et de confiance de la part des autres
P7 : Dans cet état, j'ai le sentiment que mon mari m'aimera plus, que le monde va m'aimer plus, que les gens vont avoir plus confiance en moi.
Avec le temps, pessimisme vis-à-vis la perte de poids
P7 : J'ai vécu le syndrome de l'imposteur quand j'avais des résultats de perte de poids, quand je maigrissais. Les autres me regardaient et se disaient : « Ah! Elle maigrit! Elle fait cela, cela et cela. Elle est intelligente, elle est super! » J'ai eu le syndrome de l'imposteur, dans le sens que tout le monde me mettait sur un piédestal, mais moi, à l'intérieur de moi, je sentais que je n'étais pas capable de vaincre le poids.

Effets de la toute-puissance sur l'autoréflexivité. Le Tableau 35 présente les effets de la toute-puissance sur l'autoréflexivité. La réflexion dans la toute-puissance est centrée sur la programmation mentale et elle est vécue comme une obsession.

Tableau 35

Effets de la toute-puissance sur l'autoréflexivité

Réflexion centrée sur la programmation mentale
<p>P2 : Pour moi, réfléchir à propos de mon poids, c'est travailler sur mes programmations. Je me suis informée, j'ai lu, je suis allée voir des conférences pour savoir comment déprogrammer ça et puis, j'y arrive. La logique de la santé me dit : « tu ne peux pas être grosse. » En ce moment, je suis en train de prendre conscience que c'est moi qui programme mes problèmes de santé. Alors, je me suis dit : « c'est la même chose pour le poids, il y a moyen de reprogrammer mon système ».</p>
Obsession
<p>P2 : Quand je me dis, « il faut absolument que je perde 60 livres, car c'est le seul moyen de ne pas avoir de problèmes de santé et de ne pas prendre de médication », dans mes pensées, quand je réfléchis, je le vis comme une obsession. Je le vis comme une obsession à l'intérieur de moi qui me dit que si j'engraisse, j'aurai des problèmes de santé. Alors, je me dis qu'en restant comme cela, je suis en train de me programmer des problèmes de santé.</p>

Effets de la toute-puissance sur l'autoréactivité. Le Tableau 36 présente les effets de la toute-puissance sur l'autoréactivité. Dans la toute-puissance, il y a une tendance à réduire au maximum les calories dans le but de perdre un maximum de poids. Cet état mène à l'abandon du projet de la perte de poids et à la honte dans le cas d'un échec.

Tableau 36

Effets de la toute-puissance sur l'autoréactivité

Réduction des calories dans un but d'une perte de poids maximale
P7 : L'autoréactivité par rapport à la toute-puissance? Je dirais que je vais m'en demander encore plus. Je me dis que je suis capable de couper encore plus mes calories parce que ça va me faire perdre du poids plus vite. Si je suis capable de manger moins, je vais le faire.
Abandon du projet de perte de poids
P7 : Je prends tous les engagements qui se présentent à moi. Ma belle-mère a besoin d'aide? Je suis disponible. Au début, ça fonctionne, mais après, c'est plus difficile parce que je n'ai plus le temps de mesurer ma nourriture, je n'ai plus le temps de ceci ou de ça. C'est alors l'abandon. À un moment donné, j'arrive au bout de ma corde parce que j'en ai trop pris. Mon corps ne veut plus rien savoir. Je croule parce que je n'ai pas le temps de m'occuper de mes affaires parce que je m'occupe de tout le monde. Dans la toute-puissance, je pars avec enthousiasme, je n'écoute rien, ensuite je retombe.
P6 : Lorsque je m'exige de tout faire parfaitement, j'oublie la perte de poids dans le sens que je la mets dans le tiroir. Je réalise alors que je ne suis pas capable, que c'est trop dur.
Honte dans le cas d'un échec
P2 : C'est certain qu'il y a plusieurs facteurs qui influencent... l'enfance, l'hérédité, etc. Mais à l'âge que j'ai et avec tous les cours que j'ai suivis, il ne me reste qu'à m'assumer et me dire : « si on ne me l'a pas appris quand j'étais jeune, maintenant, je sais quoi faire, je n'ai qu'à le faire ». J'arrête de mettre la faute sur tout le monde ou sur l'enfance. C'est honteux d'avoir tous les outils pour le faire et que je ne le fasse pas. Donc, maintenant, <i>go!</i> On trouve des solutions aux blocages et ensuite, on procède.

Voici le Tableau 37 résumant la description de la toute-puissance par les participantes et les effets de ce facteur, selon ces dernières, sur les quatre propriétés de l'agentivité.

Tableau 37

Toute-puissance

Description
Impression de contrôle sur son poids Refus de se considérer comme victime d'un problème de santé État de déconnexion
Effets sur l'intentionnalité
Aucune restriction dans les engagements, car impression de pouvoir tout accomplir Obligation de maigrir Motivation à démontrer son contrôle sur son poids à soi et aux autres
Effets sur la capacité à se projeter dans le futur
Optimisme initial par rapport à la perte de poids Perception d'une perte de poids sans effort Perception de soi recevant davantage d'amour et de confiance de la part des autres Avec le temps, pessimisme vis-à-vis la perte de poids
Effets sur l'autoréflexivité
Réflexion centrée sur la programmation mentale Obsession
Effets sur l'autoréactivité
Réduction des calories dans un but de perte de poids maximale Abandon du projet de perte de poids Honte dans le cas d'un échec

Réalisme. Bien qu'une perception de toute-puissance semble être néfaste, l'absence de pouvoir n'est pas l'alternative suggérée par les participantes. Elles ont plutôt avancé la notion de réalisme pour aborder la question de la perception de leur pouvoir sur leurs comportements. Dans cette section, la description du réalisme est d'abord présentée. Ensuite, les effets de ce facteur sur les quatre propriétés de l'agentivité sont explicités.

Le Tableau 38 présente la description du réalisme, selon les participantes de la présente recherche. Le réalisme suppose de reconnaître que ses ressources ne sont pas illimitées et qu'il est impossible de tout accomplir. Il demande aussi de prendre ses responsabilités dans la gestion du poids.

Tableau 38

Description du réalisme

Reconnaissance que ses ressources ne sont pas illimitées et qu'il est impossible de tout accomplir
P6 : C'est sûr que ça suppose de faire un deuil. Je ne suis pas toute-puissante. Mes ressources ne sont pas illimitées. Mes symptômes d'épuisement et le vieillissement démontrent cela. Je ne peux pas tout faire.
Prise de ses responsabilités dans la gestion du poids
P2 : Au début, je voulais déléguer ma responsabilité sur le dos des professionnels. Je voulais que la kinésiologue et la nutritionniste me disent ce que j'allais faire. Maintenant, je prends conscience que ça ne fonctionne pas comme ça. Ici, au Centre, la nutritionniste et la kinésiologue vont me donner de l'information, mais elles ne me diront pas quoi faire dans tous les détails. J'ai besoin de prendre mes responsabilités, d'arrêter de dire que c'est la faute de ceci et de ça. Les professionnelles vont m'aider, mais elles ne trouveront pas les réponses à ma place.

Dans cette partie, les effets du réalisme sur les quatre propriétés de l'agentivité sont abordés.

Effets du réalisme sur l'intentionnalité. Le Tableau 39 présente les effets du réalisme sur l'intentionnalité. Le réalisme demande de faire des choix et des renoncements, il mène

à un équilibre entre une restriction rigide et un laisser-aller, et il conduit au respect de son rythme.

Tableau 39

Effets du réalisme sur l'intentionnalité

Faire des choix et des renoncements
P6 : Il faut que j'accepte que je ne peux pas tout faire, tout accomplir. Je dois faire des choix. Malheureusement, je dois renoncer à certaines choses.
Équilibre entre une restriction rigide et un laisser-aller
P6 : Ne pas m'exiger d'être toute-puissante m'amène à faire des choix. Quand j'ai la possibilité de manger des frites et j'ai le goût d'en manger, j'en mange un peu pour me satisfaire, mais je n'abandonne pas mes engagements de santé. Avant, je me serais restreinte très durement ou je me serais dit, « j'en ai assez de me retenir », et je me serais laissée aller totalement à manger les frites. Maintenant, je suis plus équilibrée.
Respect de son rythme
P7 : Il faut que je prenne du temps pour moi. En ce moment, je m'entraîne à sept heures du matin lorsque tout le monde dort, car j'ai de la difficulté à dire « Non » à leurs demandes lorsqu'ils sont éveillés. C'est un début. Je vois le bien-être que cela m'apporte de faire de l'activité physique régulièrement. Dernièrement, j'ai aussi été capable d'y aller le vendredi. J'aspire à être capable de faire de la place dans mon horaire pour faire de l'activité physique et mettre ma santé en priorité, mais je respecte mon rythme.

Effet du réalisme sur la capacité de se projeter dans le futur. Le Tableau 40 présente l'effet du réalisme sur la capacité de se projeter dans le futur. Essentiellement, le réalisme engendre de l'optimisme.

Tableau 40

Effet du réalisme sur la capacité de se projeter dans le futur

Optimisme
P3 : Quand j'ai trouvé la bonne façon d'atteindre mon objectif, quand j'ai bien compris les stratégies qui fonctionnent et ne fonctionnent pas, que je considère mes limites, et tout cela de manière réaliste, je sais que ça va fonctionner. J'ai confiance que ça va donner des résultats. Je peux m'en aller tranquillement sur le chemin de la gestion du poids, je n'ai pas à recommencer à zéro.

Effets du réalisme sur l'autoréflexivité. Le tableau 41 présente les effets du réalisme sur l'autoréflexivité. Il engendre une meilleure réflexion au sujet de la gestion du poids et il mène à une appropriation de l'information transmise par les professionnels.

Tableau 41

Effets du réalisme sur l'autoréflexivité

Meilleure réflexion au sujet de la gestion du poids
P7 : Lorsque je prends le temps de considérer mes limites en établissant mes stratégies, je réfléchis mieux aussi sur la gestion du poids, je trouve.
Appropriation de l'information transmise par les professionnels
P2 : J'ai réalisé que les résultats ne viendront pas seulement en écoutant la nutritionniste me donner des conseils, il faut aussi que je mette à ma main ce qu'elle me dit. La nutritionniste du Centre nous a donné des images et des outils. Je les ai tous lus à peu près 10 fois pour les apprendre par cœur et je n'étais pas capable de les appliquer. Et un dimanche chez moi, j'ai mis toute l'information sur le réfrigérateur, avec des aimants, des codes de couleurs, des exemples de fruits et de légumes. J'ai fait mon système pour calculer les quantités. J'ai eu besoin des aimants pour comprendre comment bien m'alimenter. Pourtant, j'avais lu le modèle, je le comprenais, mais c'est avec mes aimants, avec le système que je m'étais créé, que j'ai compris d'où provenait le problème.

Effets du réalisme sur l'autoréactivité. Le Tableau 42 présente les effets du réalisme sur l'autoréactivité. Il réduit la pression, rend le passage à l'action plus facile, augmente la confiance et favorise l'affirmation de soi envers les autres.

Tableau 42

Effets du réalisme sur l'autoréactivité

Réduction de la pression
P6 : Le fait d'accepter que je ne suis pas toute-puissante, que j'ai des limites, m'apporte un calme. Cela réduit la pression.
Passage à l'action plus facile
P7 : Prendre en considération mes limites pour établir mes stratégies a un bon effet parce que mes stratégies sont adéquates pour moi. En conséquence, le matin, je ne me pose pas de questions, j'y vais, je le fais.
Augmentation de la confiance
P6 : En baissant la pression, ça me donne le sentiment d'être capable de m'occuper de mon poids et de ma santé. Et cela a un effet positif sur ma confiance parce que je suis contente de m'être occupée de moi en allant m'entraîner.
Affirmation de soi envers les autres
P7 : Je dois admettre que je ne peux tout faire. Par exemple, j'ai dit à mon mari : « La chambre, si tu veux la faire, tu vas la faire tout seul. » Je ne peux tout faire, j'en fais déjà beaucoup.

Voici le Tableau 43 présentant la description du réalisme et les effets de ce facteur sur les quatre propriétés de l'agentivité.

Tableau 43

Réalisme

Description
Reconnaissance que ses ressources ne sont pas illimitées et qu'il est impossible de tout accomplir Prise de ses responsabilités dans la gestion du poids
Effets sur l'intentionnalité
Faire des choix et des renoncements Équilibre entre une restriction rigide et un laisser-aller Respect de son rythme
Effets sur la capacité à se projeter dans le futur
Optimisme
Effets sur l'autoréflexivité
Meilleure réflexion au sujet de la gestion du poids Appropriation de l'information transmise par les professionnels
Effets sur l'autoréactivité
Réduction de la pression Passage à l'action plus facile Augmentation de la confiance Affirmation de soi envers les autres

Trois grandes catégories de facteurs ont émergé de l'analyse des données. D'abord, la valeur personnelle regroupe les facteurs de la honte et de l'acceptation de soi. Ensuite, la

cohérence personnelle inclut la non-intégrité et l'intégrité. Finalement, le pouvoir personnel rassemble la toute-puissance et le réalisme. Les participantes ont affirmé que la honte, la non-intégrité et la toute-puissance nuisaient à l'agentivité tandis que l'acceptation de soi, l'intégrité et le réalisme la favorisaient.

Discussion

La présente étude vise à contribuer à une meilleure compréhension théorique de l'agentivité par l'intermédiaire de deux objectifs. Premièrement, elle veut identifier les facteurs psychologiques ayant un effet sur l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité. Deuxièmement, elle veut décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité de Bandura (2006), soit l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité. Dans cette partie, nous discutons des résultats de notre recherche afin d'apporter des réponses en fonction de ces deux objectifs.

Dans un premier temps, des liens empiriques et théoriques entre les résultats de cette recherche et des aspects pertinents des écrits scientifiques sont discutés. Dans un deuxième temps, les retombées de l'étude sont présentées. Dans un troisième temps, ses principales forces et les limites sont abordées. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

Mise en relation des résultats de la présente étude avec les écrits scientifiques

Afin de discuter des résultats de l'étude en lien avec les écrits scientifiques, cette section suit les trois catégories de facteurs qui ressortent de nos résultats : valeur personnelle; cohérence personnelle; et pouvoir personnel. Ces trois catégories correspondent à la manière dont un individu se perçoit par rapport à la gestion de son poids, c'est-à-dire la

manière dont il perçoit sa valeur, sa cohérence et son pouvoir. Ainsi, ces catégories rejoignent la notion de perception de soi de Baldwin, et al. (2006) qui en sont également arrivés, suite à l'étude des principales théories en psychologie faisant référence au soi, à trois grandes catégories. Celles-ci sont mises en lien avec les catégories ayant émergé de notre recherche (Tableau 44).

Tableau 44

Lien entre les catégories de facteurs issus de notre recherche et les catégories du soi de Baldwin et al. (2006)

Catégories du soi Baldwin et al. (2006)	Soi social	Actualisation de soi	Contrôle de soi
Catégories de facteurs issus de notre recherche	Valeur personnelle	Cohérence personnelle	Pouvoir personnel

La catégorie du soi social correspond de près à la notion de valeur personnelle. D'ailleurs, pour James (1890/1981), la valeur personnelle est associée à la reconnaissance et à l'acceptation des autres ainsi qu'à la comparaison avec ceux-ci. La catégorie de l'actualisation de soi rejoint, quant à elle, la cohérence personnelle. Par exemple, dans la théorie de l'autodétermination (Deci, Ryan, & Guay, 2013), l'être humain est mû par un besoin d'autonomie et sa motivation à long terme augmente lorsqu'il agit par motivation intrinsèque ou lorsqu'il agit de manière cohérente avec ses valeurs, c'est-à-dire conformément à son intégrité. S'agissant de la catégorie du contrôle de soi, elle peut être mise en lien avec le pouvoir personnel. La perception du pouvoir personnel est apparentée

au lieu de contrôle interne ou externe de Roter (1971), celui-ci déterminant si l'individu perçoit que la cause d'un résultat vient de lui-même ou de son environnement, c'est-à-dire si ce résultat est sous son contrôle ou non. Cette classification sera approfondie à la fin de la mise en relation entre les résultats et les écrits.

Valeur personnelle

Les deux facteurs de la catégorie de la valeur personnelle, la honte (évaluation négative de sa valeur personnelle) et l'acceptation de soi (évaluation de la valeur personnelle sans considération du poids et de la perception des autres), sont discutés dans cette section.

Honte. Les participantes ont parlé abondamment de la honte comme un facteur influençant leur agentivité. Les femmes, comme il a été mentionné dans le contexte théorique, sont davantage préoccupées que les hommes par l'apparence, ont plus de jugements envers elles-mêmes et l'amélioration de leur estime est, pour elles, un objectif plus important (Crane et al., 2017; Elder, 2011). Dans ce qui suit, le concept de la honte est approfondi en lien avec les écrits scientifiques. Puis, les effets de la honte sur l'agentivité, associés à la gestion du poids et au sentiment d'efficacité personnelle (perception de sa propre agentivité), sont présentés. Finalement, les effets de la honte sur deux propriétés de l'agentivité, l'intentionnalité et l'autoréactivité, sont analysés.

La honte est un sentiment associé à la perception de soi (Muris & Meesters, 2014). Pour Baldwin et al. (2006), cette perception est toujours en lien avec l'autre, d'où sa

dimension sociale. La honte, en tant qu'évaluation négative de soi, trouve sa source dans l'autre, même si cet autre peut être « une part du soi » (Lewis, 1971). Cette perspective rejoint la description des participantes, qui ont affirmé que la honte est une évaluation négative de soi provenant d'un inconfort envers les autres. D'ailleurs, la dimension sociale de la honte est particulièrement saillante concernant l'obésité, puisque cette dernière est visible aux yeux des autres.

Les résultats de notre étude ont suggéré que la honte a des effets nuisibles sur l'agentivité. À ce sujet, bien que les écrits recensés soulignent le rôle de la honte dans la régulation des comportements de santé, celle-ci peut également contribuer au développement de troubles alimentaires.

Les théories de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1991) considèrent, comme variables dans l'adoption des comportements de santé, la norme subjective, soit la perception de la norme sociale par l'individu, et la motivation à se soumettre à cette norme. La honte est vue comme un facteur par lequel les individus se conforment aux normes sociales (Eisenberg, 2000; Hoffman, 1983; Manstead, 2000). Elle joue un rôle important dans la régulation des comportements puisqu'elle est en lien avec le désir d'être évalué positivement par les autres (Leavy, 2004). La honte a aussi un rôle dans l'agentivité morale de Bandura (1986), selon laquelle les individus régulent leurs comportements moraux en déterminant ce qui est bien et mal et en s'appliquant des autosanctions positives et négatives (Bandura, 2006). Les

autosanctions positives procurent une satisfaction ainsi qu'un sentiment de valeur personnelle, tandis que les autosanctions négatives sont une forme de condamnation de soi. Cela se rapproche de la description de la honte par les participantes, pour lesquelles elle est une violence envers soi et dont l'une des sources est une action perçue comme mauvaise.

Selon cette logique, la honte influence les comportements de santé chez les femmes, parfois même positivement. Toutefois, chez les participantes de notre étude, qui avaient des difficultés de gestion du poids, il est apparu que la honte diminue l'intentionnalité et cause une souffrance qui est apaisée par des comportements alimentaires compensatoires. Matos, Ferreira, Duarte et Pinto-Gouveia (2015) arrivent à la même conclusion. Selon eux, les expériences traumatiques précoces liées à l'évaluation par autrui de son apparence personnelle engendrent de la honte et ces expériences jouent un rôle significatif dans le développement pathologique de l'identité et des troubles alimentaires. D'autres auteurs ont montré, principalement chez les femmes, le lien entre la honte face à leur corps et les troubles alimentaires (Jankauskiene & Pajaujiene, 2012; Tiggemann & Williams, 2012).

Les exigences élevées sont une composante importante dans la dynamique de gestion du poids. Pour Lewis (1971), selon une approche psychodynamique, le surmoi est impliqué dans la formation de la honte, laquelle découle de l'incapacité à concrétiser ses idéaux. Pour Goss et Gilbert (2007), qui ont approfondi les liens entre la honte et les

troubles alimentaires, l'intensification des exigences sociales influence les idéaux personnels; elle engendre des excès (p. ex., régimes à répétition, activité physique très intense) pour atteindre ces idéaux, s'épargner la comparaison défavorable, s'accepter et être accepté par autrui. Les exigences sociales et la honte qui en résulte constituent, selon Goss et Gilbert, une cause de l'augmentation actuelle des troubles mentaux.

En somme, bien que la honte puisse réguler les comportements de santé, son effet est souvent très négatif, comme c'est le cas pour les participantes de la présente étude qui rencontraient d'importants problèmes dans la gestion de leur poids.

Honte et sentiment d'efficacité personnelle. Selon Baldwin et al. (2006), la honte et le sentiment d'efficacité personnelle sont tous deux liés à la perception de soi. Un grand nombre d'études ont été réalisées sur ces deux concepts considérés individuellement, mais peu ont porté sur les liens qui les unissent. Burk-Braxton (1996) fait exception. Son étude évalue l'impact de variables cognitives médiatrices (sentiment d'efficacité personnelle et attributions) sur la honte et le maintien de la perte de poids. Les participantes de cette étude n'ayant pas maintenu leur poids éprouvaient plus de honte en lien avec leur alimentation et avaient un sentiment d'efficacité personnel plus faible que celles qui avaient maintenu leur poids et celles du groupe contrôle. Les mesures de la honte étaient négativement corrélées avec les mesures du sentiment d'efficacité personnelle. Ces observations vont dans le sens des résultats qualitatifs de notre recherche. Pour les participantes, la honte incite au pessimisme, bloque l'autoréactivité, mène à des

comportements alimentaires compensatoires et des comportements d'évitement. Ces constatations rejoignent la description de Tomkins (1987), selon laquelle la honte est reliée à l'identité (perception de soi) et influence ce que l'individu voit comme possible (sentiment d'efficacité personnelle) et la manière dont il a tendance à réagir.

Baldwin et al. (2006) ont également montré qu'un haut niveau de honte était corrélé avec un faible sentiment d'efficacité personnelle. Ils ont d'ailleurs suggéré que l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle pourrait réduire la honte et, inversement, que la réduction de la honte pourrait avoir un effet positif sur le sentiment d'efficacité personnelle. Aucune corrélation entre la culpabilité et le sentiment d'efficacité personnelle n'a été observée. Les chercheurs expliquent ce résultat par le fait que la honte (évaluation négative de soi), tout comme le sentiment d'efficacité personnelle, est reliée au soi, contrairement à la culpabilité (évaluation négative du comportement). Comme l'exprime Lewis, (1971), l'expérience de la honte porte directement sur le soi, tandis que dans la culpabilité, le soi n'est pas l'objet central de l'évaluation négative. Elle est plutôt dirigée sur les comportements.

Ainsi, la honte semble nuire à l'agentivité chez les personnes vivant des difficultés de gestion du poids. Cependant, l'évitement de tout sentiment négatif n'est pas nécessairement une condition du développement de l'agentivité. En effet, un sentiment négatif lié à un engagement non accompli, qui rejoint la notion de culpabilité, pourrait soutenir l'agentivité.

Ce qui suit permet d'interpréter les résultats relatifs au deuxième objectif de la présente étude, qui concerne les effets des facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité. La honte est mise en lien avec deux propriétés abordées dans les écrits scientifiques : l'intentionnalité et l'autoréactivité.

Honte et intentionnalité. Au sujet de l'intentionnalité (capacité de former librement des intentions), Han, Duhachek et Agrawal (2014) ont réalisé une étude en marketing dans le but de mieux comprendre ce qui pourrait favoriser, entre autres, l'adoption de comportements de santé grâce aux messages publicitaires. Ils ont analysé la manière dont les participants prenaient leurs décisions. Ces participants pouvaient déterminer que la cause de leurs mauvais résultats (p. ex., gain de poids) suite à une décision était un comportement (p. ex., « j'ai trop mangé ») ou une évaluation négative globale de soi (p. ex., « je suis une mauvaise personne »). Lorsqu'ils percevaient qu'un comportement était la cause de leurs mauvais résultats, les participants ressentaient de la culpabilité. Lorsqu'ils croyaient que la cause était eux-mêmes, ils ressentaient de la honte. Dans leurs choix subséquents, les premiers prenaient des décisions dans un but fonctionnel tandis que les seconds faisaient des choix dans un but de désirabilité sociale. Les résultats de cette recherche peuvent être mis en lien avec les propos des participantes de notre étude, qui ont mentionné qu'une modification des priorités s'est produite lorsqu'elles ont évolué de la honte à l'acceptation de soi. Les participantes ont mentionné que leurs priorités, lorsqu'elles éprouvent de la honte, sont davantage leur apparence et leur poids (désirabilité

sociale). Dans l'acceptation de soi, leurs priorités sont d'être en paix avec elles-mêmes, de profiter de la vie, de se sentir bien et d'apprendre sur elles-mêmes et la santé.

Honte et autoréactivité. Les participantes de la présente recherche ont mentionné que la honte stimule l'intentionnalité, mais diminue l'autoréactivité (capacité de passer à l'action). La honte provoque des pensées négatives sur les capacités et bloque l'autoréactivité par peur de revivre l'échec. Elle engendre des comportements d'évitement et des comportements alimentaires compensatoires ayant comme fonction d'apaiser la souffrance.

Les travaux de Jackons, Beeken et Wardle (2014) vont dans le même sens que les résultats de nos analyses. Ils ont réalisé une étude longitudinale de grande envergure montrant que de motiver les personnes ayant une problématique de poids en créant un sentiment de honte est plus nuisible qu'aidant. Une corrélation a été établie entre la perception d'être discriminé, laquelle engendre de la honte, et l'augmentation du poids et du tour de taille au fil des années. Cette corrélation peut être expliquée, selon eux, par certains mécanismes. Par exemple, le stress et la détresse engendrés par la perception d'être discriminé favoriseraient la recherche d'un apaisement par la consommation de nourriture. De plus, les personnes discriminées se percevraient comme étant moins compétentes (sentiment de honte) dans les sports et auraient tendance à les éviter.

En résumé, chez les femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité, la honte nuit généralement à l'agentivité en réduisant leur sentiment d'efficacité personnelle, en amenant leur attention vers la désirabilité sociale plutôt que vers un but fonctionnel, en engendrant des comportements alimentaires compensatoires et en favorisant le développement de troubles alimentaires. La discrimination sur le plan du poids, parfois faite par les professionnels eux-mêmes, n'encourage donc pas la perte de poids, mais mène plutôt à un gain de poids (Jackons, et al., 2014). Une avenue plus prometteuse consisterait à réduire le jugement, à éviter la stigmatisation et à favoriser l'acceptation de soi.

Acceptation de soi. La présente section explore l'acceptation de soi comme une alternative à la honte dans la gestion du poids. Avant d'aborder l'acceptation de soi, le choix de ce facteur par les participantes est interprété. Ensuite, le courant prônant l'acceptation de soi est présenté, puis nous abordons l'approche « En santé peu importe la taille ». Suivent alors les résultats d'études sur les approches thérapeutiques basées sur l'acceptation et leurs mécanismes d'action en lien avec la gestion du poids.

Bien que la fierté (évaluation positive de sa valeur personnelle) soit techniquement l'opposé de la honte (évaluation négative de sa valeur personnelle), les participantes de la présente recherche ont identifié l'acceptation de soi comme une alternative à la honte. D'ailleurs, la fierté pourrait engendrer certains effets négatifs dans la gestion du poids. À ce sujet, Goss et Gilbert (2007) ont conçu un modèle expliquant la dynamique des troubles

alimentaires : le cycle honte-fièrté et le cycle honte-honte. Le cycle honte-fièrté correspond à la dynamique de l'anorexie et de la boulimie où l'estime de soi est centrée sur l'image corporelle et le contrôle du poids. Un sentiment de fièrté se manifeste lorsque la personne arrive à contrôler son poids par certains comportements : grande restriction, jeûne, purge, activité physique intensive, etc. Cette habileté à se contrôler devient un élément central du renforcement de l'identité et permet d'éviter la honte. Cependant, elle cristallise l'anorexie ou la boulimie. La fièrté centrée sur l'apparence et le contrôle du poids est, en quelque sorte, la face opposée de la honte sur une même pièce de monnaie. Le cycle honte-honte, quant à lui, correspond davantage à la dynamique de l'hyperphagie, où l'utilisation des comportements compensatoires est moins importante et où la personne n'atteint habituellement pas le résultat escompté.

À ce sujet également, le renforcement de l'estime de soi (amélioration de la perception de la valeur personnelle) semble comporter certains dangers. Pour Benny (2016), bien que les interventions visant à améliorer l'estime de soi peuvent apporter des bénéfices significatifs, cette préoccupation peut aussi tourner à l'obsession et entraîner des effets non souhaitables qu'il est important de considérer (p. ex., déformer la réalité de différentes manières afin de préserver une image positive de soi, ce qui pourrait nuire, selon nous, au processus d'autoréflexivité). Selon Neff (2003), c'est l'aspect généralement conditionnel de l'estime de soi qui pose particulièrement problème; on considère qu'on doit la mériter par des performances nous distinguant des autres. Cela favorise ainsi la comparaison avec les autres et le camouflage de ses vulnérabilités ou faiblesses. D'après Baumeister,

Heatherton et Tice (1993), une haute estime de soi peut même mener à des problèmes d'autorégulation lorsque l'individu sent son égo menacé. Comme les résultats de notre étude le suggèrent, une alternative fructueuse à la honte pourrait être l'acceptation de soi plutôt que l'augmentation de la valeur personnelle, la fierté ou le renforcement de l'estime de soi.

Courant prônant l'acceptation de soi. Jusqu'à un certain point, les résultats de la présente recherche vont dans le sens d'un courant dans le domaine de la gestion du poids prônant l'acceptation de soi. Ce courant s'oppose aux tenants de la lutte contre l'obésité et considère que les conséquences néfastes de l'augmentation du taux d'obésité sont non spécifiques ou exagérées (Gard, 2011). Pour leur part, en suggérant de passer d'un paradigme centré sur le poids à un paradigme centré sur la santé, Penney et Kirk (2015) remettent en question les postulats suivants : l'obésité augmente de manière importante les risques de maladie et de mortalité; la perte de poids prolonge la vie; chaque personne déterminée peut perdre du poids; la poursuite de la perte de poids est un but positif; la seule voie pour améliorer la santé d'une personne obèse est la perte de poids; l'obésité est un coût important pour le système de santé et la seule manière de redresser la situation est le traitement et la prévention de l'obésité.

Les travaux de Saguy et Campos (2011) ont montré que l'embonpoint et l'obésité de type I (IMC entre 30 et 35) n'augmentent pas nécessairement l'incidence de mortalité. Du même avis, Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver et Gaesser (2006) ont avancé que le lien

entre l'obésité et la maladie n'est pas direct, la nutrition et l'activité physique pouvant être de meilleurs prédicteurs de la santé que le poids.

En plus de soutenir que l'embonpoint et l'obésité de type I ne sont pas aussi néfastes que le laisse entendre le discours ambiant, les tenants du courant prônant l'acceptation avancent que la poursuite d'un objectif de perte de poids n'est pas inoffensive. Les différentes méthodes de perte de poids, tels les régimes, la médication, la chirurgie, la pratique excessive d'activité physique et d'autres méthodes (p. ex., prise de laxatifs à répétition), peuvent avoir des effets secondaires néfastes (Aichroth, 2005; Alvarez-Leite, 2004; Campos et al., 2006; Fraser, 1998; Morino et al., 2007; Saguy & Riley, 2005). En ce sens, la perte de poids elle-même peut augmenter le risque de morbidité et de mortalité (Nilsson, 2008). De plus, les personnes qui tentent de perdre du poids vivent souvent de la douleur physique et de la souffrance psychologique (Saguy & Riley, 2005). Certaines d'entre elles entrent dans un cycle de perte et de reprise de poids ayant des conséquences non négligeables pour la santé (Campos et al., 2006; Diaz, Mainous, & Everett, 2005) et résultant souvent, à long terme, par un gain de poids supérieur au poids perdu (Mann, Tomiyama, Lew, Samuels, & Chatman, 2007). Finalement, ces personnes sont sujettes au développement d'un trouble alimentaire tel que, par exemple, l'hyperphagie boulimique (Aimée, 2012; Miller, 2005; Robinson, Putnam, & McKibbin, 2007).

Considérant les effets négatifs de la perspective centrée sur la lutte contre l'obésité (Hafekost, Lawrence, Mitrou, O'Sullivan, & Zubrick, 2013; Bacon & Aphramor, 2011), une approche orientée vers l'acceptation a alors été développée.

« *En santé peu importe la taille* ». Depuis le début des années 2000, le courant prônant l'acceptation de soi reconnaît la diversité des corps et l'importance de la tolérance sociale (Saguy & Riley, 2005). Il a conduit à l'approche intitulée « En santé peu importe la taille » (Penney & Kirk, 2015), qui perçoit la corpulence comme naturelle et inévitable en grande partie (Saguy & Riley) et dans laquelle l'attention n'est pas portée sur le poids, la performance, la restriction des calories ou les règles alimentaires strictes. Elle met plutôt l'accent sur un mode de vie sain (Miller, 1999), encourage l'accomplissement, le sens à la vie, l'écoute des signaux de satiété et l'engagement raisonnable dans l'activité physique (Robison, 2005). Cette approche pourrait être moins dangereuse et plus efficace qu'une approche médicale stricte de la gestion du poids (Robison). Des études montrent que ce type d'intervention a des effets positifs en engendrant des comportements alimentaires sains, la participation raisonnable à des activités physiques, l'amélioration du sentiment d'efficacité personnel et parfois une réduction du poids (Penney & Kirk).

Cette approche réduit la stigmatisation des personnes ayant un IMC correspondant au critère d'obésité, diminue la pression sociale exercée sur elles et a d'importants effets positifs sur l'image corporelle (Penney & Kirk, 2015). L'accent est mis, non pas sur l'apparence, mais sur le bon fonctionnement du corps, ce qui est associé à l'appréciation

de soi et aux réussites sur le plan de l'alimentation intuitive (Avalos & Tylka, 2006). Des recherches ont montré que cette approche pouvait réduire la détresse psychologique (Carrol, Borkoles, & Polman, 2007), améliorer la qualité de vie (Brown, 2009; King, 2007) et favoriser le maintien de saines habitudes de vie à long terme (Bacon, Stern, Van Loan, & Keim, 2005).

Les recherches sur l'approche « En santé peu importe la taille » comportent toutefois des limites. En comparaison avec les études sur la lutte contre l'obésité, elles comprennent de petits échantillons, des mesures physiologiques restreintes et les participantes sont principalement des femmes blanches de culture occidentale qui ont une histoire de troubles alimentaires ou de poursuite chronique de diètes (Penney & Kirk, 2015). Cela fait dire à King (2007) ainsi qu'à Penney & Kirk que d'autres recherches sont nécessaires pour généraliser les conclusions de ces recherches.

Approches thérapeutiques basées sur l'acceptation. Avant le développement des approches thérapeutiques basées sur l'acceptation, les programmes cognitivo-comportementaux conventionnels étaient bien établis et montraient une bonne efficacité dans la perte de poids à court terme, cependant 80 % des participants reprenaient leur poids prétraitement ou ils le dépassaient trois à cinq ans plus tard (Perri, 1998; Wadden, Sternberg, Letizia, Stunkard, & Foster, 1989; Wing, 1998). D'autres approches ont alors été développées, soit pour remplacer, soit pour compléter les approches conventionnelles.

La difficulté à maintenir une perte de poids, malgré la poursuite d'un programme cognitivo-comportemental, peut reposer sur une autorégulation émotionnelle dysfonctionnelle menant à des excès alimentaires. Les programmes conventionnels visent à modifier les états internes (pensées, émotions, sensations, envies, etc.) par différentes techniques. De leur côté, les programmes de troisième vague basés sur l'acceptation encouragent les participants à agir en cohérence avec leurs valeurs, peu importe les expériences internes (Forman, Butryn, Manasse, & Bradley, 2015). Les troubles alimentaires sont alors définis comme une compulsion pour contrôler les états physiques et mentaux perturbés (Cockell, Geller, & Linden, 2002; Rasmussen-Hall, 2006). Parmi les approches basées sur l'acceptation qui ont été développées en regard de la gestion du poids et du traitement des troubles alimentaires se retrouvent : la thérapie comportementale dialectique (Telch, Agras, & Linehan, 2001); la thérapie de la pleine conscience (Kristeller & Wolever, 2011); et la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Cette dernière, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), s'est penchée sur les troubles mentaux trouvant leur source dans l'évitement expérientiel, c'est-à-dire le mécanisme automatique visant à contrôler les états internes non souhaités : pensées; émotions; ou sensations (Hayes, Strosahl, Bunting, Towhig, & Wilson, 2004; Hayes et al., 2006). À ce sujet, des recherches comparatives suggèrent que la thérapie d'acceptation et d'engagement est plus efficace que la thérapie cognitivo-comportementale

conventionnelle, la psychoéducation et la pharmacologie dans le traitement des troubles alimentaires (Hayes & Strosahl, 2005).

Le programme manualisé « Accepte-toi » (Berman, Morton, & Hegel, 2016) intègre l'approche « En santé peu importe la taille » et la thérapie d'acceptation et d'engagement, dans le but d'améliorer la santé physique et mentale de femmes ayant un IMC correspondant au critère d'obésité et souffrant de dépression majeure, selon les critères du DSM-IV. La perte de poids n'y est pas encouragée. Les résultats observés après le suivi du programme incluaient la réduction des symptômes dépressifs et du jugement négatif sur soi, ainsi que l'amélioration de la pression sanguine. La qualité de vie et l'acceptation de l'image corporelle se sont également améliorées. Aucun gain de poids significatif n'a été observé.

Forman et al. (2013) ont comparé un traitement cognitivo-comportemental conventionnel de gestion du poids et un traitement incluant des stratégies de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Les résultats de cette étude indiquent que les participants du second groupe, celui de la thérapie d'acceptation et d'engagement, ont obtenu une perte de poids plus significative immédiatement à la fin du traitement (13,17 % versus 7,54 %) et six mois plus tard (10,98 % versus 4,83 %). De plus, un plus grand pourcentage de participants dans le second groupe (64 % versus 46 %) ont maintenu une perte d'un minimum de 10 % de leur poids original lors du suivi. Une perte de poids plus importante lors du suivi a également été constatée au sein du second groupe chez les participants des

sous-catégories suivantes : ceux ayant plus de symptômes dépressifs (11,18 % versus 4,63 %); ceux ayant une tendance à la compulsion alimentaire en présence d'émotions (10,51 % versus 6,00 %); ceux présentant un problème d'inhibition (8,29 % versus 6,35 %); et ceux qui avaient un fort niveau de réponse envers les stimuli alimentaires (9,70 % versus 4,46 %). Les chercheurs ont souligné que ces différences étaient observées seulement lorsque les thérapeutes étaient des experts et non des novices. Ils ont conclu à la pertinence d'intégrer l'entraînement aux habiletés d'acceptation dans un programme de gestion du poids, particulièrement chez les personnes ayant un haut niveau de réactivité émotionnelle.

Lillis, Hayes et Levin (2011) se sont intéressés à l'effet de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur les compulsions alimentaires. Pour eux et pour d'autres chercheurs (Allisons, Grilo, Masheb, & Stunkard, 2005; De Zwann et al., 1994; Hsu et al., 2002; Ruderman, 1986), les compulsions alimentaires ont comme fonction de réduire des états émotionnels inconfortables tels l'anxiété, la dépression et l'ennui. De plus, elles constituent une barrière importante à la gestion du poids (Elfhag & Rossner, 2005; Kalarchian et al., 2002; Sherwood, Jeffery, & Wing, 1999). La moitié des participants à l'étude de Lillis et al. (2011), qui avaient initialement participé à un programme de perte de poids de six mois, était conviée à une journée d'atelier basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement. Comparativement au groupe contrôle, les participants ayant suivi l'atelier ont rapporté significativement moins de compulsions alimentaires par semaine lors du suivi, ce qui a aussi été corrélé avec le poids. L'analyse a aussi montré

que la réduction des compulsions alimentaires était associée à une réduction de l'évitement expérientiel.

Si l'on en juge par les recherches citées, la thérapie d'acceptation et d'engagement a des effets positifs sur le bien-être psychologique, la gestion du poids, le jugement envers soi et les compulsions alimentaires. Cela concorde avec les résultats de la présente recherche, selon laquelle l'acceptation de soi engendre une prise de distance par rapport au poids, procurant ainsi un sentiment de bien-être, et accroît l'autoréactivité dans l'alimentation, c'est-à-dire qu'elle favorise l'appréciation des aliments sains et aide à limiter la consommation de nourriture moins saine.

Mécanismes d'action de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Des chercheurs ont identifié les mécanismes d'action de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Forman et al., 2015; Forman & Butryn, 2015, Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009). Premièrement, le mécanisme principal en jeu serait l'acceptation expérientielle, c'est-à-dire l'acceptation des émotions, des sensations, des pensées, de la fatigue, des envies, des manques et de la réduction du plaisir. Ceci rejoint les propos des participantes à notre étude qui ont mentionné que même la honte peut être acceptée. L'entraînement à l'acceptation expérientielle favoriserait le développement des capacités d'autorégulation émotionnelle qui, à leur tour, auraient un impact sur la diminution des compulsions alimentaires (Lillis et al., 2011).

Deuxièmement, la pratique de la pleine conscience faciliterait le développement de la conscience métacognitive dans la prise de décision (Forman et al., 2015; Forman & Butryn, 2015), ce qui aurait un impact sur les décisions concernant les comportements de santé. Allant dans le même sens, les résultats de notre étude indiquent que l'acceptation de soi favorise l'autoréflexivité en faisant en sorte que les choix sont faits en fonction des conséquences réelles des actions, que l'amélioration des capacités physiques (et non seulement la perte de poids) est prise en compte et que les stratégies choisies sont adaptées aux participantes.

Troisièmement, la défusion est un mécanisme de prise de distance faisant en sorte que les pensées sont considérées comme distinctes de la réalité, ce qui favorise la réduction du jugement envers soi et de la honte (Berman, Morton, & Hegel, 2016) et dès lors, contribue à l'acceptation de soi. Selon les résultats de la présente recherche, l'acceptation de soi favorise aussi une prise de distance par rapport aux pensées sur le poids, ce qui engendre un sentiment de bien-être.

Quatrièmement, un autre mécanisme d'action facilitant la gestion du poids est l'engagement comportemental à l'aide de la clarification des valeurs (Forman et al., 2015). Il s'agit du second volet de la thérapie d'acceptation et d'engagement. L'engagement comportemental en cohérence avec ses valeurs correspond au facteur de l'intégrité qui sera discuté dans la prochaine section.

En résumé, selon les écrits scientifiques et les résultats de la présente recherche, l'acceptation, chez les femmes ayant un IMC correspondant au critère d'obésité, est un facteur qui soutient l'agentivité et qui a un impact positif sur les comportements alimentaires, le bien-être psychologique et même le poids. De plus, l'acceptation favorise la régulation émotionnelle, la prise de décision et la prise de distance face aux pensées perturbatrices, particulièrement celles pouvant susciter de la honte.

Cohérence personnelle

Nos résultats relatifs à la cohérence personnelle font écho aux recherches sur la théorie de l'autodétermination, en particulier à ses concepts de motivation autonome et de motivation contrôlée. Cette section s'attarde donc à mettre en lien nos résultats sur la cohérence personnelle avec les connaissances actuelles associées à la théorie de l'autodétermination. Dans ce qui suit, cette théorie est d'abord présentée. Ensuite, les concepts de motivation autonome et de motivation contrôlée sont définis et mis en lien avec les facteurs d'intégrité et de non-intégrité de la présente étude. Finalement, sont discutés les effets de ces concepts et de ces facteurs sur l'agentivité, la pratique d'activité physique, l'alimentation, la gestion du poids et le type d'objectifs poursuivis.

La théorie de l'autodétermination, développée par Deci et Ryan (1985), est reconnue comme faisant partie des principales théories de la motivation (Sheldon, Williams, & Joiner, 2003). Les chercheurs ayant proposé cette théorie avaient pour but de mettre en lumière les principaux processus permettant de promouvoir le fonctionnement optimal et

la santé (Deci & Ryan, 2000). De plus, enracinée dans des fondements humanistes, la théorie de l'autodétermination vise à faciliter l'actualisation de soi, l'autonomie et la volonté provenant du soi (Sheldon et al., 2003), intentions particulièrement liées à la cohérence personnelle. Ces objectifs rejoignent la première propriété de l'agentivité de Bandura, l'intentionnalité, qui implique la capacité de concevoir librement ses propres buts, de fixer ses standards et critères personnels afin d'initier, de guider et d'ajuster ses comportements (Bandura, 2007a).

L'autodétermination, tout comme l'agentivité, reconnaît et met l'accent sur la volition de l'être humain, c'est-à-dire sa capacité d'initier des actions basées sur des motivations internes plutôt que sur des stimulations externes (Haggard & Lau, 2013). Pour cette raison, l'autodétermination est un concept proche de l'agentivité qui, rappelons-le, est le pouvoir d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence (Bandura, 2006). La théorie de l'autodétermination précise pour sa part le type de motivation à la base des comportements. En fait, elle vise à promouvoir une motivation autonome, c'est-à-dire une motivation cohérente avec le soi (Deci, 1980; Ryan & Connel, 1989).

Non-intégrité et intégrité. Dans ce qui suit, les facteurs de non-intégrité et d'intégrité sont mis en lien respectivement avec les concepts de motivation contrôlée et autonome de la théorie de l'autodétermination. De plus, les différents types de motivation contrôlée et autonome sont expliqués.

Contrairement aux programmes cognitivo-comportementaux conventionnels qui abordent la motivation en termes quantitatifs en évaluant le degré de motivation (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira, & Markland, 2012), la théorie de l'autodétermination considère sa dimension qualitative. Elle définit la fonction de l'autonomie dans l'agentivité humaine par le type de motivation qu'un individu entretient (Ryan & Deci, 2000).

La théorie de l'autodétermination divise les différents types de motivation en deux grandes catégories: la motivation contrôlée et la motivation autonome (Ryan & Connell, 1989). La motivation autonome se traduit par des actions autodéterminées qui sont basées sur une intégration des valeurs dans le soi (Deci & Ryan, 2002). Elle correspond ou se rapproche du facteur de l'intégrité de notre recherche (cohérence personnelle avec ses valeurs et besoins, action motivée par le plaisir), tandis que la motivation contrôlée correspond davantage au facteur de la non-intégrité.

Chacune des deux grandes catégories rassemble des types spécifiques de motivation. La motivation contrôlée comprend la motivation externe et la motivation introjectée. Le but de l'individu dans la motivation externe est d'obtenir des récompenses ou d'éviter les punitions. Ce type de motivation est étudié dans le conditionnement opérant (Skinner, 1953). Dans la motivation introjectée, la personne a internalisé les normes de la société et sa motivation est d'éviter d'éprouver de la culpabilité ou de la honte. La motivation introjectée rejoint les concepts de normes subjectives de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991), ainsi

que d'agentivité morale (Bandura, 2006), selon laquelle les individus régulent leurs comportements par ce qui est bien ou mal, et s'appliquent des autosanctions positives ou négatives (Bandura, 2006). Une forme classique d'introjection concerne le désir de prouver sa valeur personnelle par la réussite et l'évitement de l'échec (Ryan, 1982). Dans le cas d'un échec, un sentiment de honte est ressenti (Deci & Ryan, 2000).

De son côté, la motivation autonome regroupe la motivation identifiée, la motivation intégrée et la motivation intrinsèque. Par la motivation identifiée, l'individu trouve personnellement important d'agir dans une direction précise (Deci & Ryan, 2000). Par contre, cette motivation n'est pas pleinement intégrée au soi. Dans la motivation intégrée, les comportements sont pleinement cohérents avec les valeurs et les besoins de l'individu. Finalement, la motivation intrinsèque est basée sur le plaisir de réaliser le comportement. Aucun renforcement discernable autre que le plaisir n'est présent dans ce type de motivation. D'ailleurs, une des composantes de l'intégrité, selon les participantes de la présente étude, est le plaisir de faire de l'activité physique. Tous ces types de motivation font partie d'un continuum appelé « échelle d'internalisation de la motivation » (Deci & Ryan, 2000). Dans le Tableau 45, les types de motivation de la théorie de l'autodétermination sont mis en lien avec les facteurs de la catégorie de la cohérence personnelle de la présente étude.

Tableau 45

Types de motivation et facteurs de la catégorie de la cohérence personnelle

Types de motivation	
Motivation contrôlée	Motivation autonome
Motivation externe Motivation introjectée	Motivation identifiée Motivation intégrée Motivation intrinsèque
Facteurs de la catégorie cohérence personnelle	
Non-intégrité	Intégrité

Effets de la cohérence personnelle sur l'agentivité. Selon les propos des participantes de notre recherche, l'intégrité est un facteur qui augmente l'agentivité relative aux comportements de santé dans un contexte de gestion du poids, alors que la non-intégrité la diminue. Dans le même sens, la motivation autonome (correspondant au facteur de l'intégrité) augmenterait l'agentivité tandis que la motivation contrôlée (correspondant au facteur de la non-intégrité) aurait l'effet inverse.

Selon les recherches sur la théorie de l'autodétermination, la motivation autonome soutient la persistance comportementale (Hartmann, Dohle, & Siegrist, 2015). De même, pour les participantes à la présente recherche, l'intégrité augmente la motivation à passer à l'action et le passage à l'action lui-même, en plus de conduire à un engagement ferme et à des comportements réguliers et durables. Inversement, la non-intégrité tend à inhiber l'action à cause de la fatigue, à nuire à l'autorégulation à cause de la centration sur les

autres et à mener à l'abandon des comportements de santé ou au report des engagements. La motivation contrôlée mène aussi au découragement à la suite d'échecs et d'expériences négatives (Deci & Ryan, 1987). Également, la non-intégrité, selon les participantes, est liée au pessimisme, à la fatalité, à la déception à l'égard de soi et à la perte de confiance en soi.

Dans le traitement de l'obésité, la motivation contrôlée prédit une moins bonne qualité de vie, une estime de soi faible et un niveau élevé d'anxiété (Viera et al., 2010). La motivation autonome, de son côté, procure davantage de satisfaction et de bien-être psychologique (Hartmann, et al., 2015). Mask (2001) avance même que le développement de la motivation autonome a un effet protecteur contre la honte, probablement en réduisant la présence de la motivation introjectée associée à la honte. L'intégrité, qui réduit la peur du jugement selon les participantes, pourrait alors avoir un effet protecteur contre la honte. La non-intégrité, étant définie comme un manque de respect envers soi et où la motivation est centrée sur la désirabilité sociale, aurait l'effet inverse.

Les paragraphes qui suivent abordent les effets de l'intégrité et de la non-intégrité sur la pratique de l'activité physique, sur l'alimentation et sur la gestion du poids. Les liens avec la motivation autonome et contrôlée sont discutés.

Effets de la cohérence personnelle sur l'activité physique. Tel qu'indiqué précédemment, selon les participantes à notre étude, l'intégrité augmente la motivation,

engendre un engagement ferme envers la réalisation des comportements de santé et accroît le passage à l'action. L'intégrité semble donc favorable à la pratique de l'activité physique. Du côté de la théorie de l'autodétermination, Teixeira, Carraça, Markland, Silva et Ryan (2012) ont fait la revue de 66 études évaluant l'impact du type de motivation sur la pratique de l'activité physique. Selon leur analyse, la motivation autonome (identifiée, intégrée ou intrinsèque) favoriserait la pratique de l'activité physique. Plus particulièrement, la motivation identifiée (importance du comportement) et celle qui est intégrée (cohérence avec ses valeurs) seraient les plus efficaces pour initier l'activité physique, tandis que la motivation intrinsèque (motivation par le plaisir) favoriserait le maintien dans le temps de celle-ci. De plus, la motivation intrinsèque serait davantage associée à la santé et au bien-être psychologique.

Selon l'analyse de Teixeira, Carraça et al. (2012), la motivation contrôlée (externe et introjectée) a un impact négatif ou nul sur la pratique de l'activité physique. De façon similaire, les résultats de la présente recherche montrent que la non-intégrité tend à inhiber l'action à cause de la fatigue, à mener à un abandon des comportements de santé et au report de ses engagements. Plus précisément, la motivation introjectée est associée à des affects négatifs, comme la honte, et à une moins grande appréciation du bien-être retiré par la pratique de l'activité physique (Teixeira, Carraça et al., 2012).

Wasserkampf et al. (2014) se sont penchés sur le type de motivation pouvant influencer le choix du type d'activité physique. Leur étude sur des femmes participant à un

programme de gestion du poids avait pour but de comparer les effets des variables de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) et des variables de la théorie de l'autodétermination. Selon leurs conclusions, la perception des attentes des autres (motivation introjectée) et le contrôle perçu (similaire au sentiment d'efficacité personnelle) prédisent une pratique d'activités physiques de modérées à intenses plus structurées. La motivation autonome est associée à une pratique d'activités plus récréatives ou intégrées dans le quotidien.

Effets de la cohérence personnelle sur l'alimentation. La présente recherche montre que l'intégrité suscite la motivation et l'engagement des participantes, en plus de réduire les compensations alimentaires et de favoriser le passage à l'action en ce qui concerne les comportements de santé. De son côté, la non-intégrité mène à l'abandon des comportements de santé et à davantage de compensations alimentaires. Les études qui suivent, provenant de la théorie de l'autodétermination, portent sur l'impact du type de motivation sur l'alimentation. Celle de Pelletier, Dion, Slovenic-D'Angelo et Reid (2004) est arrivée à la conclusion que la motivation autonome favorise une plus grande consommation de fruits et de légumes, une attention accrue à la qualité de la nourriture et la présence réduite de symptômes boulimiques. Ces chercheurs ont aussi conclu que la motivation contrôlée est associée à une moins grande consommation de fruits et de légumes, à une attention portée sur la quantité de nourriture et à des symptômes boulimiques plus présents.

Par ailleurs, selon Otis et Pelletier (2008), la motivation autonome est associée à une planification positive de l'alimentation (manger plus sainement) tandis que la motivation contrôlée est associée à une planification négative de l'alimentation (éviter d'ingérer trop de calories, éviter certains aliments). Selon nos résultats au sujet de l'intégrité, celle-ci amène les participantes à réaliser des actions orientées par le plaisir sain.

De plus, Hagger, Chatzisarantis et Harris (2006) ont montré que les personnes entretenant une motivation autonome ont une attitude plus positive en ce qui a trait à l'alimentation et se perçoivent plus en contrôle de celle-ci. Dans la présente recherche, l'intégrité favorise un engagement ferme et des comportements de santé réguliers et durables.

Les études sur la théorie de l'autodétermination ont aussi montré que les personnes ont tendance à utiliser la nourriture comme moyen compensatoire lorsque leurs besoins sont frustrés (Verstuyf, Patrick, Vensteenkiste, & Teixeira, 2012). Les participantes de la présente recherche ont aussi affirmé que la non-intégrité les amenait à compenser dans la nourriture lors d'insatisfactions. Trois mécanismes peuvent expliquer ce phénomène de compensation. Premièrement, le modèle de la régulation des affects (Gross, 2007) considère que les compulsions alimentaires sont des stratégies pour apaiser les émotions négatives, ces dernières résultant de la non-satisfaction des besoins, ce qui est une caractéristique de la non-intégrité. Deuxièmement, le modèle d'évasion de la conscience (Heatherton & Baumeister, 1991) soutient que les compulsions alimentaires sont des

tentatives pour détourner l'attention de la détresse émotionnelle causée par les exigences élevées et l'autocritique sévère, ce qui peut être mis en lien avec le facteur de la honte et la motivation contrôlée (introjectée). Troisièmement, des chercheurs de la théorie de l'autodétermination (Verstuyf et al., 2012) proposent que les compulsions alimentaires proviennent de patrons de comportements rigides qui répondent aux besoins de structure, de prévisibilité et de sécurité. Les patrons rigides de comportement sont construits en fonction de standards élevés dans le but de réparer la perception d'un soi inadéquat. L'attention étant déviée de la satisfaction des besoins fondamentaux (non-intégrité), l'apparition des compulsions alimentaires est plus probable (Deci & Ryan, 2000). En ce sens, selon les recherches de Strong et Huon (1999), les personnes ayant une motivation contrôlée ont des objectifs alimentaires plus rigides (approche de style « tout ou rien ») et restrictifs que celles ayant une motivation autonome. Les objectifs rigides et restrictifs sont négativement corrélés avec le contrôle du poids à long terme (Elfhag & Rossner, 2005), contrairement aux objectifs alimentaires flexibles (Teixeira et al., 2010).

Selon la théorie de l'autodétermination, lorsque leurs besoins de base sont satisfaits, les individus développent une orientation générale d'autodétermination, c'est-à-dire qu'ils agissent à partir de leurs propres buts et valeurs (cohérence personnelle) plutôt qu'à partir de la pression sociale, ce qui favorise la réponse aux besoins fondamentaux (Verstuyf et al., 2012) et, ainsi, une réduction des compensations alimentaires. Les travaux de Carter & Kelly (2015) montrent aussi que la motivation autonome prédit une réduction de la sévérité des troubles alimentaires lors du traitement.

Effets de la cohérence personnelle sur la gestion du poids à court et à moyen termes.

Des études ont porté directement sur les effets de la motivation autonome sur la gestion du poids. Nous nous attardons d'abord à celles sur les effets à court terme, puis à celles sur les effets à moyen terme.

Palmeira et al. (2007) ont étudié la perte de poids à court terme (programme de 16 semaines) en fonction des variables de quatre théories de la modification des comportements de santé : le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (1982); la théorie sociale cognitive de Bandura (1986); la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991); et la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985). Parmi ces théories, la variable la plus prédictive de la perte de poids à court terme était le sentiment d'efficacité personnelle. La motivation autonome était aussi significative, mais moins que le sentiment d'efficacité personnelle.

Le sentiment d'efficacité personnelle serait un prédicteur de la perte de poids à court terme lors d'un programme structuré. Cependant, selon Teixeira, Silva et al. (2012), afin que les résultats puissent se maintenir dans le temps, les personnes suivant un programme de gestion du poids doivent être suivies constamment et de manière étroite, ce qui demande des ressources considérables. Pour le maintien des comportements de santé et de la perte de poids à moyen terme (deux ans suivant un programme de perte de poids), la motivation autonome serait un meilleur prédicteur que le sentiment d'efficacité personnelle (Silva et al., 2011; Teixeira, Silva et al., 2012; Wasserkampf et al., 2014).

Pour les participantes à notre recherche, l'intégrité, associée à la motivation autonome, engendre effectivement des comportements réguliers et durables.

Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci (1996) ont réalisé une étude auprès de personnes ayant une obésité de classe III ($IMC > 40$) et suivant un programme de six mois avec une alimentation réduite au niveau calorique. Les personnes qui avaient une motivation autonome avaient un meilleur taux de présence aux séances, une plus grande perte de poids, pratiquaient l'activité physique plus régulièrement et maintenaient davantage leur poids 23 mois après le programme. Cette conclusion appuie l'importance de la motivation autonome dans la gestion du poids à moyen terme. Aucune recherche n'a été recensée concernant le lien entre le maintien de la perte de poids à long terme (cinq ans et plus) et la motivation autonome.

Effets de la cohérence personnelle sur le type d'objectif. Au début d'une démarche de gestion du poids, la motivation d'un individu est souvent de perdre des kilos et d'améliorer son apparence (Teixeira, Silva et al., 2012), ce qui est fortement influencé par les normes sociales actuelles (Schwartz & Brownell, 2004). Or, la théorie de l'autodétermination soutient un changement, ou du moins un élargissement, du type d'objectifs dans la gestion du poids.

La notion de besoins fondamentaux est importante dans la théorie de l'autodétermination. Pour Deci et Ryan (2000), la satisfaction des besoins fondamentaux

est essentielle au développement psychologique, à l'intégrité et au bien-être. Selon ces chercheurs, les objectifs sont intrinsèques quand l'individu vise à répondre directement à un besoin fondamental. Ils sont plutôt extrinsèques lorsque l'individu vise à répondre indirectement à ces besoins. Par exemple, une personne pourrait répondre directement à son besoin d'être en relation en développant un réseau social (objectif intrinsèque) ou elle pourrait vouloir atteindre une apparence correspondant aux standards sociaux (objectif extrinsèque) dans l'espoir d'être appréciée et répondre ainsi à son besoin de relation.

Cette distinction rejoint nos résultats selon lesquels la cohérence personnelle influence l'intentionnalité, c'est-à-dire qu'elle modifie le type d'objectifs que les participantes poursuivent. Les participantes ont mentionné que la non-intégrité engendre une motivation centrée sur la désirabilité sociale, tandis que l'intégrité favorise une motivation provenant de soi et centrée sur la santé. Les résultats au sujet de la valeur personnelle vont dans le même sens. Dans la honte, les participantes ont peur du jugement des autres tandis que, dans l'acceptation de soi, leur intentionnalité mise davantage sur des objectifs intrinsèques (être en paix, profiter de la vie, se sentir bien, apprendre sur soi et la santé). Cependant, une personne pourrait poursuivre un objectif de santé de manière extrinsèque si, par exemple, elle le fait pour plaire à son médecin, à son conjoint ou pour se conformer à une norme de la société.

De plus, selon Teixeira, Carraça et al. (2012), des objectifs intrinsèques tels qu'entretenir des relations, s'engager socialement et développer de nouvelles habiletés

sont corrélés avec une plus grande pratique d'activités physiques. Aussi, la poursuite d'objectifs intrinsèques est associée à l'actualisation de soi (Jones & Crandall, 1986), à la vitalité (Ryan & Frederick, 1997) et à la santé mentale (Deci & Ryan, 2000).

En résumé, nos résultats sur la cohérence personnelle corroborent ceux des recherches sur la théorie de l'autodétermination. En effet, comme la motivation autonome, l'intégrité favorise la persistance comportementale et la pratique d'activités physiques et protège contre la honte. La non-intégrité, comme la motivation contrôlée, engendre plutôt des comportements alimentaires compensatoires et l'abandon des comportements de santé. La cohérence personnelle mènerait aussi à la modification du type d'objectif en gestion du poids. En délaissant une motivation basée sur la désirabilité sociale, caractéristique de la non-intégrité, l'intégrité favoriserait la priorisation de soi.

Pouvoir personnel

Contrairement aux facteurs précédents, il est plus difficile d'associer directement la toute-puissance et le réalisme à des concepts largement étudiés dans le domaine des comportements de santé et de la gestion du poids. Pour cette raison, cette section débute en précisant les concepts de pouvoir personnel, de toute-puissance et de réalisme. Ensuite, les résultats relatifs aux effets de la toute-puissance et du réalisme sont discutés en lien avec les écrits scientifiques.

Comme il a été mentionné précédemment, la notion de pouvoir personnel se rapproche de celle de sentiment d'efficacité personnelle, soit la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités (Bandura, 1997). Or, la perception du pouvoir personnel de la présente étude a comme objet un résultat (en l'occurrence, l'atteinte d'un poids « x »), tandis que le sentiment d'efficacité personnelle porte en premier lieu sur des comportements ou une séquence de comportements (p. ex., alimentation, activité physique, stratégies de gestion des objectifs et d'autorégulation).

Un sentiment d'efficacité fort n'équivaut pas nécessairement à une perception de pouvoir personnel élevé. Comme le souligne Brownell (1991), la réalité n'est pas aussi simple que le suggère l'affirmation selon laquelle l'individu contrôle ses comportements et les comportements contrôlent la santé (ou le poids). Par exemple, bien que l'être humain puisse avoir confiance en sa capacité d'exécuter des rituels comme la danse de la pluie, ceux-ci n'augmenteront pas son pouvoir sur le résultat, c'est-à-dire la météo. Pour considérer la perception du pouvoir personnel, il faut donc ajouter au sentiment d'efficacité personnelle le concept de responsabilité individuelle perçue (voir Figure 2).

$$\text{Perception du pouvoir personnel} = \text{Responsabilité individuelle perçue} + \text{Sentiment d'efficacité personnelle}$$

Figure 2. Perception du pouvoir personnel

Les concepts de responsabilité individuelle perçue et de sentiment d'efficacité personnelle sont largement étudiés et discutés dans les écrits reliés à la gestion du poids. La responsabilité individuelle perçue rejoint la notion de lieu de contrôle (Rotter, 1966). Elle réfère à la perception qu'un résultat (p. ex., le poids) est sous le contrôle de l'individu, c'est-à-dire que ses comportements influencent ce résultat. La perception du pouvoir personnel est alors la perception qu'un résultat est sous son contrôle (responsabilité individuelle), en plus de la perception de son efficacité personnelle à réaliser des comportements favorisant ce résultat. La Figure 3 fait la distinction entre la toute-puissance et le réalisme à partir de ces concepts. La toute-puissance est une surestimation de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle alors que le pouvoir réaliste en est une estimation plus juste.

		Surestimation	
		<hr/>	
Toute-puissance	=	Responsabilité individuelle perçue	+ Efficacité personnelle
<hr/>			
		Estimation juste	
		<hr/>	
Réalisme	=	Responsabilité individuelle perçue	+ Efficacité personnelle

Figure 3. Toute-puissance versus réalisme

Toute-puissance. La toute-puissance est la résultante de la surestimation de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle. Cette section discute des effets

de la surestimation de la responsabilité individuelle, de la surestimation de l'efficacité personnelle, des exigences élevées et des liens entre la toute-puissance et la honte. Des liens entre les écrits et les effets de la toute-puissance sur les quatre propriétés de l'agentivité sont aussi proposés.

Effets de la surestimation de la responsabilité individuelle. Notre étude a montré que, dans un premier temps, la toute-puissance (une surestimation de la responsabilité individuelle) procure une impression de contrôle sur le poids et un optimisme initial quant à la perte de poids, mais engendre de la honte dans le cas d'un échec. De façon similaire, des recherches ont conclu que, bien que l'augmentation de la responsabilité individuelle perçue puisse renforcer l'espoir et la confiance quant à la possibilité de perdre du poids (Burnette, 2010; Burnette & Finkel, 2012), cela peut, dans le cas d'un échec, mener au blâme et à la stigmatisation (Puhl & Brownell, 2003; Teachman et al., 2003).

La question de la surestimation de la responsabilité individuelle a été abordée à l'égard du poids, de la santé et dans d'autres contextes que nous verrons dans ce qui suit. Brownell (1991) est d'avis que la responsabilité individuelle est souvent surestimée dans le domaine de la santé. Pour lui, des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux viennent interférer avec cette responsabilité. Ne pas considérer ces autres facteurs dans la gestion du poids peut engendrer des sentiments de honte et de culpabilité, car un individu peut se sentir entièrement responsable lorsqu'il ne l'est en fait qu'en partie.

Comme nous l'avons déjà indiqué, la honte résulte d'une évaluation négative de soi et la culpabilité vient d'une évaluation négative de ce qui a été fait (Lewis, 1971). La honte est associée à des symptômes dépressifs (Costa, Marôco, Gouveia, & Ferreira, 2016), mais en est-il de même pour la culpabilité? À ce sujet, O'Connor, Berry et Weiss (1999) ont fait la distinction entre la culpabilité adaptée, selon laquelle la perception de la responsabilité individuelle est en lien avec la réalité, et la culpabilité mésadaptée, où la responsabilité individuelle est surestimée. Cette dernière forme de culpabilité est aussi associée à des symptômes dépressifs (Sangmoon, Thibodeau, & Jorgensn, 2011).

Des modèles cognitifs (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985) conçus pour l'étude du trouble obsessionnel compulsif postulent que les croyances reliées à la surestimation de la responsabilité individuelle sont des facteurs de vulnérabilité et de maintien de ce trouble. Salkovski (1998, p. 40) définit la surestimation de la responsabilité individuelle comme « la croyance d'avoir un pouvoir déterminant étant en mesure de prévenir un résultat négatif crucial ». Pozza et Dèttore (2014) ont réalisé une méta-analyse sur la surestimation de la responsabilité individuelle en lien avec le trouble obsessionnel compulsif et d'autres psychopathologies. Dans leur analyse, ils ont observé que le trouble obsessionnel compulsif et les symptômes anxieux étaient fortement associés à la surestimation de la responsabilité, alors que les symptômes dépressifs y étaient moyennement associés. Leur conclusion est que la surestimation de la responsabilité individuelle peut être un facteur transdiagnostic d'un certain nombre de psychopathologies. Il est sensé de croire que les troubles alimentaires pourraient en faire

partie, ceux-ci incluant habituellement des obsessions, comme dans la toute-puissance, et des compulsions.

Effets de la surestimation de l'efficacité personnelle. Les résultats de notre étude indiquent que la toute-puissance engendre un optimisme initial se traduisant par l'idée que la perte de poids se fera sans effort, ce qui peut conduire, par manque de réalisme, à l'abandon du projet. Dans la même veine, l'étude de Martin, et al. (2004) a montré qu'un fort sentiment d'efficacité personnelle en début de programme de gestion du poids prédisait une moins grande perte de poids. Les chercheurs ont interprété ces résultats en avançant qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé pouvait indiquer une confiance excessive et se traduire par un faible niveau d'effort pendant le programme.

Effets des exigences élevées. Le concept d'exigences élevées peut venir enrichir la compréhension de la toute-puissance. En effet, il semble naturel qu'un individu se percevant comme tout-puissant entretienne des exigences élevées. Celles-ci sont encouragées par les exigences sociales concernant le corps et la gestion du poids. Comme le remarque Brownell (1991), la société valorise grandement la recherche du corps parfait et cela est motivé par des valeurs allant bien au-delà de l'apparence et de la santé. Pour lui, le contrôle de l'apparence physique va de pair avec des valeurs comme l'autodiscipline, l'excellence au travail, le succès et la détermination face aux tentations. Le corps devient alors la démonstration de l'accomplissement d'une personne en lien avec ces valeurs.

La minceur étant grandement valorisée, la recherche du poids santé ou du corps parfait se traduit par la perception d'un corps inadéquat chez une bonne partie de la population (Monaghan, 2008). Ces gens se sentent « normaux » ou en santé lorsqu'ils ont atteint un poids ou un indice de masse corporelle prédéterminé (Penney & Kirk, 2015). Se propage alors une discrimination basée sur la taille (Monaghan, 2013). Dans une culture mettant au premier plan la responsabilité individuelle ou la toute-puissance de l'individu, l'obésité peut être perçue comme un échec (Kersh, 2009). Responsabiliser l'individu pour son obésité peut revenir à le blâmer pour « s'être laissé devenir obèse » (Gard, 2011), à blâmer les parents obèses d'être de mauvais modèles pour leurs enfants (Wood, 2005) ou à blâmer les gens obèses d'être un poids coûteux pour la société (Esmail & Brown, 2005). La honte découlant de cette stigmatisation risque ensuite d'aboutir à un gain de poids (Pulh & Heuer, 2010), engendrant ainsi des résultats contre-productifs au niveau du bien-être psychologique et de la gestion du poids.

Dans le même sens, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton et Joiner (2006) ont montré que des femmes entretenant un haut niveau de perfectionnisme (exigences élevées), une insatisfaction face à leur poids et un faible sentiment d'efficacité personnelle avaient des compulsions alimentaires plus fréquentes. Costa et al. (2016) ont de leur côté montré que le perfectionnisme jouait un rôle important dans la manifestation de l'autocritique et de la honte, qui à leur tour contribuent au développement de la dépression dans la dynamique des troubles alimentaires.

Liens entre la toute-puissance et la honte. Comme il vient d'être montré en référant aux écrits scientifiques pertinents, la surestimation de la responsabilité individuelle ainsi que les exigences élevées, liées à la toute-puissance, ont bien souvent comme conséquence la honte. Dans notre recherche, des liens peuvent aussi être faits entre la toute-puissance et la honte. D'abord, la honte ressentie par les participantes a été associée à l'excès de responsabilisation, soit la surestimation de la responsabilité individuelle. De plus, la toute-puissance est associée à la motivation des participantes à démontrer à elles-mêmes et aux autres qu'elles ont le contrôle sur leur poids. Cette motivation à démontrer le contrôle sur son poids correspond bien à la dynamique de la honte où ses deux principales sources, selon les participantes, sont l'apparence et l'absence de pouvoir sur leurs comportements.

De plus, les participantes à notre recherche ont mentionné que la toute-puissance, en leur donnant l'impression de pouvoir tout accomplir, les incite à ne mettre aucune restriction à leurs engagements. Cette absence de restrictions se traduit par des exigences élevées les menant inévitablement à l'échec et, conséquemment, à la honte. En contrepartie, l'acceptation de soi réduit les exigences envers soi, mène à la fixation de petits objectifs et favorise l'absence de honte lorsqu'elles ne respectent pas leurs engagements.

En résumé, la toute-puissance est la résultante de la surestimation de la responsabilité individuelle et de la surestimation de l'efficacité personnelle. La surestimation de la responsabilité individuelle engendre un optimisme initial et l'adoption d'exigences

élevées, voire d'objectifs irréalistes menant inévitablement à l'échec, à la honte et même à des symptômes dépressifs. De son côté, la surestimation de l'efficacité personnelle peut conduire à l'illusion que l'atteinte des objectifs se fera sans effort, à un manque d'investissement et, en définitive, à de moins bons résultats.

Réalisme. Le réalisme est défini comme une estimation réelle, c'est-à-dire juste de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle. Dans cette section, les perspectives réalistes de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle dans la gestion du poids sont discutées en lien avec les résultats de notre étude.

Perspective réaliste de la responsabilité individuelle. Reconnaître que l'individu n'est pas pleinement responsable de son poids pourrait être une condition pour entretenir une perspective réaliste dans ce domaine. En effet, l'obésité est aussi causée par l'environnement obésogène, par des facteurs psychologiques (personnalité, psychopathologies, etc.) et par des facteurs génétiques. À ce sujet, le modèle de Bandura (1996) dépasse la traditionnelle dualité opposant la liberté et le déterminisme. Il définit l'humain comme un être agentif, c'est-à-dire possédant le pouvoir d'avoir une influence sur son fonctionnement, les circonstances de sa vie et le cours de son existence (Bandura, 2006), mais il ne le considère pas tout-puissant. Sa conception de la causalité triadique comprend trois causes s'influençant mutuellement : 1) les comportements de l'individu; 2) ses facteurs internes (cognitifs, affectifs et biologiques); et 3) les facteurs

environnementaux (Bandura, 1996). Ainsi, l'humain a un pouvoir sur son existence, mais ce pouvoir est limité par des facteurs internes et environnementaux.

Considérant que la responsabilité individuelle n'est pas la seule cause de l'obésité, est-il réaliste de croire à la possibilité du maintien à long terme d'une grande perte de poids (plus de 20 %) ? Il est particulièrement difficile pour les individus en situation d'obésité de se faire une idée sur cette question. Ces derniers reçoivent des informations et des conseils contradictoires de la part de ceux qui prônent la lutte à l'obésité, donc la perte de poids, et ceux qui optent pour une approche basée sur l'acceptation, jugeant que la perte de poids est néfaste et contre-productive. D'un côté, les prescriptions de médecins demandant de perdre du poids, les messages optimistes des compagnies d'amaigrissement et les photos « avant-après » de démonstration de perte de poids les amènent à croire qu'avec de la volonté et un plan d'action efficace, le maintien à long terme d'une grande perte de poids est possible. D'un autre côté, des scientifiques et professionnels de la santé sont beaucoup moins optimistes et affirment que l'approche traditionnelle de perte de poids fait miroiter de faux espoirs (Penney & Kirk, 2015). Pour eux, les programmes de perte de poids seraient peu efficaces à long terme et, à l'exception des chirurgies qui sont réservées à une clientèle spécifique et qui ne sont pas l'objet de la présente étude, il n'existe pas de traitements efficaces pour le maintien à long terme d'une grande perte de poids (Saguy & Riley, 2005; Rössner, Hammarstrand, Hemmingsson, Neovius, & Johansson, 2008).

Des études montrent que le maintien à moyen terme d'une perte de poids modeste est possible. Lang et Froelicher (2006) ont fait une recension des écrits scientifiques sur les interventions comportementales (nutrition et activité physique) comprenant un soutien des participants suite aux programmes de perte de poids. Environ un an et demi après l'intervention, les participants avaient maintenu une perte de poids de 2,1 kg à 11,7 kg (perte de 2 % à 13 % du poids initial). Dans cette même optique, Rössner et al. (2008) ont fait une revue des études évaluant la perte de poids suite à des traitements comportementaux et pharmacologiques. Ils ont constaté un maintien de la perte de poids sur une période de 1 à 2 ans allant en moyenne de 2 à 8 %.

L'acceptation de soi et l'intégrité semblent être des facteurs favorisant le maintien d'une perte de poids à moyen terme (environ deux ans après un programme de gestion du poids). Comme il a été mentionné, des études portant sur la thérapie d'acceptation et d'engagement et d'autres portant sur la motivation autonome (intégrité) présentent des résultats intéressants à moyen terme (Forman et al., 2013; Silva et al., 2011; Teixeira, Silva et al., 2012; Wasserkampf et al., 2014; Williams et al., 1996).

Néanmoins, les recherches considérant les changements à plus long terme semblent conclure qu'il n'existe pas de programmes permettant de maintenir une grande perte de poids. Selon Wing (1998), les programmes d'amaigrissement peuvent aider à court terme à atteindre un poids satisfaisant, mais cinq années après le programme, une partie ou la totalité du poids perdu est reprise. Perri (1998) a fait une recension des écrits sur les

différents modes d'intervention et il a également constaté une reprise de poids de 30 % à 40 % en moyenne durant la première année suivant l'intervention et une reprise graduelle ou un dépassement du poids d'origine, de deux à cinq ans plus tard. Après avoir analysé 45 études regroupant 7788 participants, Dombrowski, Knittle, Avenell, Araujo-Soares et Sniehotta (2014) ont conclu que les interventions comportementales incluant une démarche nutritionnelle et la pratique d'activités physiques étaient plus efficaces pour le maintien du poids perdu durant les 12 premiers mois et ils étaient modérément efficaces 12 à 24 mois plus tard. Il semble y avoir peu de preuves d'un impact des interventions comportementales pour le maintien d'une perte de poids au-delà de 24 mois.

Selon les recherches, il n'existe pas de programmes permettant de maintenir à long terme une grande perte de poids. La perte de poids suggérée est généralement de 5, 10 ou 15 % (Magkos et al., 2016; Ravussin & Ryan, 2016; Ryan & Yockey, 2017). Une perte de poids de seulement 5 % a de nombreux bienfaits : amélioration des fonctions métaboliques de multiples organes; prévention du diabète de type 2; meilleure pression artérielle; et ajustement du cholestérol (Magkos et al., 2016; Ryan & Yockey, 2017). L'objectif d'une perte de poids de 5 % est recommandé par Magkos et al. (2016) puisque le rapport entre les bienfaits pour la santé et les efforts à déployer est, selon eux, le plus intéressant. Néanmoins, dans certains cas, l'amélioration de la santé pourrait être une conséquence, non pas de la perte de poids, mais de la modification des habitudes de vie (Rueda-Clausen et al., 2015). Pour certaines problématiques cependant, une perte de poids

de 10 à 15 % est nécessaire pour apporter des bienfaits, par exemple, l'apnée du sommeil (Rueda-Clausen et al., 2015).

À l'opposé, certaines méta-analyses ont proposé l'idée du « paradoxe de l'obésité ». Selon ces recherches, certains patients atteints de multiples maladies (p. ex., maladies cardiaques et coronariennes, problèmes de reins, diabète, cancer), ayant un indice de masse corporelle plus bas comporte davantage de risques de mortalité que ceux ayant un indice plus haut de masse corporelle (Hodroyd et al., 2017; Tsang et al., 2016). Comprendre les mécanismes biologiques impliqués dans la gestion du poids chez les personnes présentant différents états de santé semble donc nécessaire avant d'encourager un objectif de perte de poids plus ambitieux que 5 à 15 % (Ravussin & Ryan, 2016) ou même la perte de poids en tant que telle.

Statistiquement parlant, les programmes de gestion du poids n'ont pas montré leur efficacité concernant le maintien d'une grande perte de poids à long terme. Cependant, selon Bandura (2007a), les résultats de recherches sur l'obésité portent habituellement sur des moyennes et négligent les résultats individuels. De plus, selon Brownell et Rodin (1994), des études suggèrent que les individus qui entreprennent une démarche de gestion du poids de leur propre initiative parviennent à un taux de réussite plus élevé que ceux qui poursuivent un traitement. Bien qu'il soit possible que certains individus maintiennent à long terme une grande perte de poids, les connaissances actuelles ne permettent pas de bien cerner le phénomène et d'en faire une cible, dans une perspective réaliste, dans des

programmes de gestion du poids. De plus, considérant les conséquences néfastes (p. ex., compulsions alimentaires, symptômes dépressifs, faible estime de soi et image corporelle négative) des régimes restrictifs sur les personnes sujettes à des troubles alimentaires (Carrier, Steinhardt, & Bowman, 1994; McFarlane, Polivy, & McCabe, 1999; Polivy & Herman, 1993; Garner & Wooley, 1991), la prudence s'impose.

Pour les participantes de la présente étude, le réalisme nécessite de faire le deuil de la toute-puissance. Il leur demande aussi d'effectuer certains renoncements, comme par exemple, celui de retrouver leur corps de jeune adulte. Pour elles, l'abandon de ces exigences réduit la pression et, de ce fait, rend le passage à l'action plus facile.

Le réalisme n'a cependant pas comme seule conséquence, chez l'individu, la réduction de la perception de sa part de responsabilité dans la gestion de son poids. Pour les participantes de notre étude, le réalisme les amène à prendre leurs responsabilités dans la gestion de leur poids, c'est-à-dire à s'approprier l'information transmise par les professionnels afin de trouver par elles-mêmes des stratégies adéquates leur permettant d'appliquer les recommandations.

Perspective réaliste de l'efficacité personnelle. En plus d'une perception juste de la responsabilité individuelle, le réalisme a aussi été défini comme la perception réaliste de l'efficacité personnelle.

Les participantes de notre étude soutiennent que le réalisme les amène à prendre conscience que leurs ressources sont limitées et qu'il leur est impossible de tout accomplir. En fait, elles constatent qu'elles n'ont pas la capacité de poursuivre et d'atteindre tous les objectifs qu'elles auraient tendance à se donner. Elles ne peuvent répondre à toutes les demandes de leur entourage, faire de nombreuses heures supplémentaires au travail, tout en maintenant un programme d'entraînement et un plan alimentaire exigeant. La surestimation de l'efficacité personnelle peut alors mener à l'établissement d'objectifs trop élevés ou trop nombreux menant inévitablement à l'échec. Le réalisme leur demande donc, selon elles, de faire des choix et de respecter leur rythme.

Aussi, comme l'ont démontré Martin et al. (2004), la surestimation de l'efficacité personnelle peut se traduire par un excès de confiance, par de moindres efforts et, finalement, par de moins bons résultats. Une perspective réaliste de l'efficacité personnelle est donc bénéfique.

Les participantes de notre étude soutiennent que le réalisme procure une meilleure autoréflexivité dans la gestion du poids, augmente leur confiance et les rend plus optimistes dans leur démarche. Il est en effet logique de penser que le réalisme, comme vision juste de la réalité, est une condition essentielle dans le choix de stratégies efficaces et l'atteinte de résultats optimaux.

Afin d'augmenter son pouvoir personnel, l'individu peut améliorer son sentiment d'efficacité personnelle en développant des stratégies de gestion des objectifs et des stratégies d'autorégulation (Annesi, 2011). Les techniques cognitivo-comportementales conventionnelles (plan d'action, fixation d'objectifs spécifiques, suivi des objectifs, stratégies d'adaptation, résolution de problèmes, implémentation d'intentions, restructuration cognitive, contrôle des stimuli, soutien social, prévention de la rechute) sont des stratégies qui ont montré leur efficacité à court terme dans la gestion du poids (Lang & Froelicher, 2006).

Notre analyse a montré que d'autres approches sont nécessaires. Les interventions favorisant le développement de la motivation autonome soutiennent le maintien des habitudes de santé (Silva et al., 2011; Teixeira, Silva et al., 2012; Wasserkampf et al., 2014; Williams et al., 1996). Les aptitudes d'acceptation doivent être considérées également. À cet égard, la pertinence de l'approche « En santé peu importe la taille » (Robison, 2005) et des outils provenant de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2006) a été expliquée.

L'alimentation intuitive et l'alimentation en pleine conscience sont aussi des approches mettant l'accent sur les aptitudes d'acceptation. Ces approches, parfois utilisées de manière complémentaire, visent à détourner l'attention de la restriction alimentaire pour développer la conscience des signaux physiques (vs psychologiques) de faim et de satiété

(Tylka, 2006; Dalen et al., 2010) afin de choisir les aliments à partir de ces signaux (Miller et al., 2014).

Face à plusieurs options dans le domaine de la gestion du poids, une perspective réaliste invite à considérer les différences individuelles dans le choix de l'approche à préconiser. Par exemple, l'approche restrictive au niveau calorique est nuisible pour les personnes sujettes aux troubles alimentaires (Carrier, et al., 1994; McFarlane, Polivy, & McCabe, 1999; Polivy & Herman, 1993; Garner & Wooley, 1991). Cependant, bien que l'alimentation intuitive et l'alimentation en pleine conscience soient pertinentes pour ces dernières, elles ne conviennent possiblement pas à tous les individus en démarche de gestion du poids. Par exemple, il n'est pas évident d'intégrer cette pratique dans le mode de vie occidental d'alimentation rapide, souvent face à des écrans (Mathieu, 2009). De plus, pour Caldwell, Baime et Wolever (2012), certains ont des réactions négatives face à la méditation et aux pratiques de pleine conscience, comme, par exemple, des expériences dissociatives et des perturbations provenant de mémoires traumatiques. Pour certains individus, il est donc possible qu'une approche consistant en une alimentation restrictive modérée et équilibrée soit plus adéquate. Wadden, Foster et Sarwer (2004) insistent d'ailleurs sur les bénéfices pour la santé d'une légère perte de poids, qui pourrait être atteinte, selon leur étude, sans effet néfaste (p. ex., aucune augmentation des compulsions alimentaires) par une restriction alimentaire modérée et équilibrée.

En résumé, une perspective réaliste de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle force à admettre les limites du pouvoir de l'individu dans la gestion de son poids, mais aussi son potentiel. Les recherches n'ayant pas montré que les programmes de gestion du poids permettent le maintien à long terme d'une grande perte de poids, un objectif de perte de poids de 5 % (10 % à 15 % pour certaines problématiques) est recommandé pour les personnes qui ne sont pas sujettes aux troubles alimentaires. Le domaine de la gestion du poids étant complexe, des approches variées pourraient convenir à des profils différents d'individus.

Variables importantes dans la modification des comportements de santé

Dans le but de situer les catégories de facteurs de la présente étude en lien avec des concepts importants dans le domaine de la modification des comportements de santé, un travail de synthèse a été réalisé. Cette synthèse a comme objectif d'identifier des variables importantes dans ce domaine et dans la dynamique de gestion du poids.

En début de discussion, nous avons souligné la relation entre nos catégories de facteurs et les catégories du soi de Baldwin et al. (2006), c'est-à-dire le soi social, l'actualisation de soi et le contrôle de soi. Afin d'obtenir un portrait plus complet des liens pouvant être établis entre les catégories de facteurs de la présente étude et certaines notions voisines, le Tableau 46 met en parallèle nos facteurs avec, non seulement les catégories du soi de Baldwin et al., mais également avec les trois besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination, soit l'affiliation, l'autonomie et la compétence (Deci & Ryan, 2000).

On y ajoute également des concepts clés liés à la modification des comportements de santé, soit le soutien social (Cobb, 1976), la motivation autonome (Deci & Ryan, 1987) et le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977).

Tableau 46

Tableau synthèse des concepts liés aux catégories de notre étude

Catégories de facteurs de notre étude	Valeur personnelle	Cohérence personnelle	Pouvoir personnel
Catégories du soi Baldwin et al. (2006)	Soi social	Actualisation de soi	Contrôle de soi
Besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination	Affiliation	Autonomie	Compétence
Concepts clés Modification des comportements de santé	Soutien social	Motivation autonome	Sentiment d'efficacité personnelle

Tel que mentionné précédemment, l'autodétermination, tout comme l'agentivité, reconnaît et met l'accent sur la volition de l'être humain, c'est-à-dire sa capacité d'initier des actions basées sur des motivations internes plutôt que sur des stimulations externes (Haggard & Lau, 2013). Il est donc particulièrement pertinent de mettre en dialogue les besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination avec nos facteurs liés à l'agentivité. Le besoin d'affiliation est lié à la catégorie de la valeur personnelle, cette dernière étant souvent associée à la reconnaissance et à l'acceptation des autres (James, 1890/1981). Aussi, comme nous l'avons fait dans cette discussion, le besoin d'autonomie

est mis en lien avec la catégorie de la cohérence personnelle. Finalement, le besoin de compétence, vu comme un préalable au pouvoir personnel, est mis en lien avec ce dernier.

Des concepts clés dans le domaine de la modification des comportements de santé sont aussi mis en relation avec les catégories de notre étude. Le soutien social rejoint le besoin d'affiliation et les notions de soi social et de valeur personnelle. La motivation autonome fait écho au besoin d'autonomie, au concept d'actualisation de soi et à la cohérence personnelle. Enfin, le sentiment d'efficacité personnelle rejoint le besoin de compétence et s'intègre dans le même regroupement que les catégories de contrôle de soi et de pouvoir personnel. Tel qu'expliqué auparavant, le sentiment d'efficacité personnelle est en fait une composante du pouvoir personnelle, la responsabilité individuelle perçue en étant la deuxième.

Tous les concepts ci-dessus ont été abordés précédemment, à l'exception du soutien social. Cobb (1976) définit le soutien social comme la perception d'être aidé, aimé, estimé et de faire partie d'un réseau social comportant des engagements mutuels. De nombreux travaux en psychologie de la santé mettent en évidence l'impact déterminant du soutien social sur la santé (Consoli, 1996) et sur l'adoption de comportements de santé (Tarquinio, Costantini, & Fischer, 2002). Bakx, van Weel, Koelen et van Staveren (2005) ont réalisé une recension des écrits sur les impacts du soutien social sur la gestion du poids. Quoique le soutien social puisse parfois avoir des effets contre-productifs sur l'adoption des comportements de santé, les recherches recensées par Bakx et al. montrent que le soutien

social a généralement un impact positif sur les comportements alimentaires, l'activité physique, la perte de poids et le maintien de celle-ci.

Ces rapprochements entre les catégories du soi de Baldwin et al. (2006), les besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination, des concepts clés dans la modification des comportements de santé et les catégories de facteurs de la présente étude suggèrent que ces dernières ciblent des variables ayant un rôle important dans la gestion du poids.

Forces et limites de la recherche

Dans cette section, les forces et les limites de la recherche sont présentées.

Forces de la recherche

La présente recherche a dressé un portrait des effets de divers facteurs psychologiques sur l'agentivité chez des femmes ayant un IMC correspondant au critère d'obésité. Quatre principales forces de cette recherche la rendent pertinente : elle contribue à l'exploration d'un sujet peu documenté; ce sujet est important dans le domaine de la santé; elle intègre des recherches et des points de vue de différents courants; la démarche est rigoureuse et systématique.

La première force de cette recherche est qu'elle explore un sujet peu abordé dans les écrits. Bien que de nombreuses recherches aient été réalisées dans le domaine de la gestion du poids à partir du concept d'efficacité personnelle de Bandura (1986), aucune n'a porté

sur l'ensemble des quatre propriétés de l'agentivité. Cette étude exploratoire est donc la première, à notre connaissance, à décrire les effets des facteurs psychologiques influençant les quatre propriétés de l'agentivité et elle établit des liens entre ces facteurs psychologiques. L'utilisation d'un devis qualitatif a permis d'explorer ces aspects.

La deuxième force de la présente recherche est le fait qu'elle touche un sujet important dans le domaine de la santé. L'augmentation marquée du taux d'obésité et ses conséquences en font une préoccupation majeure en ce début du 21^e siècle (Penney & Kirk, 2015). En fait, le taux d'obésité a doublé au Canada de 1979 à 2013, passant de 13 % à 26 % (Statistique Canada, 2014b). La présente étude contribue à mieux comprendre les manières d'aborder ce phénomène en identifiant des facteurs psychologiques influençant l'agentivité, le bien-être psychologique et la santé physique dans une démarche de gestion du poids.

La troisième force est l'intégration de recherches et de points de vue de deux grands courants opposés en gestion du poids : celui de la lutte contre l'obésité et celui prônant l'acceptation. En considérant les connaissances de ces deux courants, la présente recherche a tenté de faire avancer une réflexion qui rejoint une préoccupation des participantes, soit d'avoir accès à une approche cohérente qui intègre les meilleures pratiques actuelles en gestion du poids.

La quatrième force est la démarche rigoureuse et systématique. Du recrutement des participantes à la conduite des entretiens et du codage du verbatim à la création et l'organisation des thèmes, l'ensemble de la démarche de collecte des données et d'analyse thématique a été réalisé selon les règles de l'art. Afin de récolter un contenu riche et diversifié relié aux objectifs de recherche, des entretiens semi-dirigés ont été conduits à partir de deux questions larges et ouvertes, ce qui a permis aux participantes de s'exprimer librement et de partager leur vécu subjectif. De plus, différents processus de validation ont été utilisés afin de rapporter avec le plus de justesse possible l'expérience des participantes. Finalement, une attention particulière a continuellement été portée au processus même de cette recherche exploratoire, afin d'entretenir une attitude d'ouverture, d'écoute et de respect (Paillé & Mucchielli, 2012) par rapport aux propos des participantes.

Limites de la recherche

Afin d'estimer à sa juste valeur la présente recherche, il importe de prendre en considération ses limites. Quatre principales limites peuvent être considérées : l'impossibilité de transférer les résultats, notamment en raison du nombre restreint de participantes; le biais lié à l'implication du chercheur; le biais de désirabilité sociale chez les participantes; la nature rétrospective de la méthode de collecte des données.

La première limite de la présente recherche est l'impossibilité de transférer les résultats, en raison du nombre restreint de participantes (10). L'homogénéité du groupe de

participantes limite également ce transfert des résultats à une population différente. Les participantes ont été sélectionnées dans un lieu spécifique, le Centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal, un milieu urbain, selon leur intérêt et leurs disponibilités. Elles étaient toutes des femmes d'origine caucasienne, âgées entre 52 et 67 ans. Ces limites influencent notamment l'acceptation de soi, le deuil de la toute-puissance et l'attention sur la santé plutôt que l'apparence.

La deuxième limite concerne le biais relatif à l'implication du chercheur. Il a été responsable de toutes les étapes de la recherche, ce qui a permis de donner une cohérence à la démarche, mais a forcément influencé les résultats. Selon Paillé et Mucchielli (2012), l'analyse thématique repose sur la subjectivité de la personne qui l'effectue, ce qui fait en sorte que le processus est inévitablement orienté par le regard de celui qui la conduit. Son interprétation est teintée de son cadre de référence et des approches qu'il privilégie (Blais & Martineau, 2006). De plus, il est possible que l'intérêt du chercheur pour le sujet, ses croyances, son expérience personnelle et ses points de vue aient influencé, à son insu, la collecte et l'analyse des données. Des procédures de validation (vérification de la retranscription des verbatim à l'aide des bandes audio, journal de bord, entretiens d'explicitation, discussions continues avec les membres de l'équipe de recherche) ont toutefois été mises en place pour atténuer cette limite.

La troisième limite se traduit par un biais de désirabilité sociale chez les participantes, qui ont pu répondre aux attentes perçues du chercheur ou voulu correspondre aux normes sociales. La santé, par exemple, est une valeur sociale reconnue et encouragée.

La quatrième limite réside dans la nature rétrospective de la méthode de collecte de données. L'entretien semi-dirigé impliquait, pour les participantes, de poser un regard sur l'évolution de leur expérience. Bien qu'une partie de cette expérience soit encore actuelle, l'essentiel était une inférence de leur vécu passé. Cette méthode rétrospective reposait sur leur capacité d'activer leur mémoire, qui n'est pas infaillible. Elle exigeait également de rendre compte le plus fidèlement possible de leur expérience, avec des termes qui relèvent d'un modèle théorique imposé (les quatre propriétés de l'agentivité).

Les forces et les limites de la présente recherche ouvrent la voie à d'autres recherches qui permettront de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'agentivité dans un contexte de gestion du poids.

Retombées anticipées de la recherche

Les retombées anticipées de la recherche sur les plans scientifique, clinique et social sont présentées.

Sur le plan scientifique, l'étude contribue à une meilleure compréhension de l'agentivité. Les recherches empiriques effectuées dans le cadre de la théorie sociale

cognitive de Bandura (1986) ont porté sur le sentiment d'efficacité personnelle, mais à notre connaissance, à ce jour, il n'existe pas de recherche empirique portant sur l'ensemble des quatre propriétés de l'agentivité dans le contexte de la gestion du poids. Les quatre propriétés de l'agentivité étant les mécanismes par lesquels le cerveau crée des événements mentaux qui ont un impact sur la réalité (Bandura, 2007a), cette recherche permet de comprendre plus finement la dynamique des facteurs psychologiques impliqués dans l'obtention d'un résultat. Les résultats de cette recherche exploratoire suggèrent notamment trois catégories de facteurs psychologiques ayant des effets sur l'agentivité: la perception de la valeur personnelle; la perception de la cohérence personnelle; et la perception du pouvoir personnel. Ces catégories de facteurs semblent être significatives au niveau de la perception de soi puisqu'elles peuvent être mises en lien avec les trois catégories du soi de Baldwin et al. (2006). Finalement, cette étude propose une intégration originale de variables clés en modification des comportements de santé, en l'occurrence l'acceptation, la motivation autonome, le sentiment d'efficacité personnelle et le soutien social.

Sur le plan clinique, la présente étude offre des connaissances pouvant guider les intervenants en consultation individuelle et les professionnels qui conçoivent des programmes de gestion du poids. Ces connaissances peuvent être considérées comme des éléments clés dans l'évaluation des patients et la prestation des interventions favorisant le bien-être psychologique et la santé physique. Elles peuvent prévenir certains pièges (honte, non-intégrité et toute-puissance) menant potentiellement à des compulsions et des

troubles alimentaires. Par exemple, en tenant compte des différents facteurs psychologiques ayant un effet sur l'agentivité, les objectifs des programmes peuvent être mieux adaptés, en incluant des aspects comme la réduction de la honte, le développement de la capacité d'acceptation et de la motivation autonome, le réalisme et le sentiment d'efficacité personnelle dans les stratégies d'autorégulation. Les critères de réussite peuvent aussi aller au-delà du nombre de kilogrammes et inclure, par exemple, l'affirmation face à l'entourage; le plaisir de cuisiner et de faire des activités physiques; l'acquisition de connaissances utiles sur la santé; et le développement d'un nouveau réseau social par l'intermédiaire d'activités liées à la santé.

Sur le plan social, les résultats de cette recherche vont dans le même sens que Saguy et Riley (2005), pour lesquels les politiques publiques gagneraient à intégrer les connaissances provenant des différentes visions sur la gestion du poids, afin de créer une approche en santé publique plus nuancée et complète. Dans cette perspective, les résultats de cette recherche peuvent contribuer au dialogue entre les deux principales visions dans le domaine de la gestion du poids, celle de la lutte contre l'obésité et celle prônant l'acceptation de soi.

Pistes d'investigation futures

D'autres recherches seront nécessaires pour approfondir les résultats obtenus au sujet des facteurs psychologiques influençant l'agentivité et ses quatre propriétés. Les forces de

la présente étude, ses limites et ses retombées conduisent à la formulation de pistes variées d'investigation.

Un nombre de trente participants est suggéré dans certaines conditions par Mayer et al. (2000) afin d'atteindre un point de saturation des données et d'obtenir une description complète d'un phénomène. Dans cette optique, il serait pertinent de poursuivre notre exploration auprès d'un plus grand nombre de participants ayant un IMC correspondant au critère d'obésité. Vu l'homogénéité du groupe de participantes de la présente recherche, il serait approprié d'inclure des participants de différentes tranches d'âge et de sexe masculin, ainsi que des personnes provenant de différentes origines ethniques.

D'autre part, une méthode de collecte de données pouvant considérer l'expérience immédiate de chaque participant permettrait de compléter les données de nature rétrospective que nous avons obtenues. Par exemple, l'utilisation d'un journal d'observation des comportements ou la méthode d'échantillonnage des expériences (ESM : Experience Sampling Method; Hektner, Schmidt, & Csikszentmihalyi, 2007) seraient adaptées aux objectifs poursuivis. La méthode d'échantillonnage des expériences est une procédure conçue pour étudier les actions, les sentiments et les pensées dans le quotidien (Larson & Csikszentmihalyi, 1983). Avertis de manière aléatoire à différents moments de la journée par un moyen technologique, les participants notent les informations subjectives en lien avec l'objet d'étude. Peu importe la méthode utilisée, il apparaît évident que des entretiens semi-dirigés plus nombreux, et menés de manière

longitudinale auprès de chacun des participants, permettraient de présenter un portrait plus complet de leur expérience. Sur le plan de l'analyse, une méthode comme la théorisation ancrée pourrait permettre d'aller plus loin encore et de dégager un modèle des facteurs psychologiques influençant l'agentivité.

Notre étude a permis d'identifier des facteurs psychologiques influençant l'agentivité dans la gestion du poids et il est apparu que ces catégories de facteurs (valeur personnelle, cohérence personnelle et pouvoir personnel) rejoignent les catégories du soi de Baldwin et al. (2006), ces dernières synthétisant des théories du soi importantes en psychologie, les trois besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination et des concepts clés dans le domaine de la modification des habitudes de vie (soutien social, motivation autonome et sentiment d'efficacité personnelle). Ces liens laissent entrevoir la transférabilité des facteurs relevés dans notre étude dans d'autres domaines que la gestion du poids, tels que l'éducation, le travail et l'entraînement sportif. Les facteurs psychologiques de notre étude pourraient donc être étudiés dans d'autres domaines.

Des résultats particulièrement intéressants ont émergé de notre recherche au sujet des liens entre la honte et la toute-puissance, entre la honte et la non-intégrité et entre l'acceptation de soi et l'intégrité. D'autres recherches permettraient de les explorer davantage avec l'aide d'instruments de mesure validés. Les tests suivants pourraient servir à mesurer la honte : Test of Self-Conscious Affect (Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989); Internalized Shame Scale (Cook, 1987); Shame and Guilt Eating Scale (Frank,

1989). Concernant l'acceptation de soi, il pourrait être pertinent d'utiliser le test suivant : Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties (Lillis & Hayes, 2008). Les facteurs de l'intégrité et de la non-intégrité pourraient être mesurés par ces instruments mesurant la motivation contrôlée et autonome : Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire-2 (Markland & Tobin, 2004); Regulation of Eating Behavior Scale (Pelletier, et al., 2004). En ce qui a trait aux facteurs de la toute-puissance et du réalisme, des instruments de mesure devront être développés. La toute-puissance et le réalisme sont la résultante de l'estimation de la responsabilité individuelle et de l'efficacité personnelle. Les outils suivants existent déjà pour mesurer le sentiment d'efficacité personnel : Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (Clark et al., 1991); Self-Efficacy for Exercise Scale (Resnick & Jenkins, 2000). Concernant la responsabilité individuelle, il pourrait être pertinent de se rapporter aux concepts de culpabilité adaptée (responsabilité individuelle en lien avec la réalité) et mésadaptée (responsabilité individuelle surestimée) d'O'Connor, Berry et Weiss (1999). Il en va de même du concept de surestimation de la responsabilité provenant des modèles cognitifs (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985) conçus pour l'étude du trouble obsessionnel compulsif et qui serait un facteur transdiagnostic de plusieurs autres psychopathologies (Pozza & Dèttore, 2014).

Sur le plan de la recherche-action, l'évaluation d'interventions conçues dans le but d'améliorer l'acceptation de soi, l'intégrité et le réalisme pourrait faire suite à la présente étude. Cela pourrait être fait en mesurant, à l'aide d'un devis quantitatif, les effets de l'amélioration de ces facteurs sur l'agentivité et ses quatre propriétés. Des interventions

visant à développer les quatre propriétés de l'agentivité (intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur, autoréflexivité et autoréactivité) pourraient être évaluées en fonction de leurs effets sur les facteurs découlant de la présente étude (honte, acceptation de soi, non-intégrité, intégrité, toute-puissance, réalisme). Enfin, les impacts de ces interventions sur le poids, le bien-être psychologique et la santé physique pourraient être évalués.

Conclusion

Le premier objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité chez des femmes ayant un indice de masse corporelle correspondant au critère d'obésité. Le deuxième objectif consistait à décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité de Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréflexivité et l'autoréactivité. Les objectifs ont été atteints. En effet, cette étude a permis d'identifier des facteurs psychologiques ayant une influence sur l'agentivité et de dresser un portrait de leurs effets sur les quatre propriétés de celle-ci.

Pour atteindre les objectifs de recherche, un devis qualitatif exploratoire a été utilisé. Ce choix méthodologique a permis l'accès à des données subjectives sur le vécu de dix femmes en démarche de gestion du poids. Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-dirigés et l'analyse thématique a permis d'organiser le contenu manifeste des données.

Les résultats de la présente étude ont été organisés en trois catégories de facteurs : la valeur personnelle, la cohérence personnelle et le pouvoir personnel. La catégorie de la valeur personnelle regroupe deux facteurs, soit la honte et l'acceptation de soi. La honte nuit à l'agentivité en engendrant du pessimisme, en entravant la capacité d'autoréflexivité et l'autoréactivité et en produisant des comportements alimentaires compensatoires.

L'acceptation de soi favorise l'agentivité en provoquant une modification des priorités, celles-ci passant du contrôle de l'apparence et des comportements, dans la honte, à des objectifs tels qu'être en paix avec soi, profiter de la vie, se sentir bien et apprendre sur soi et la santé, dans l'acceptation. De plus, l'acceptation de soi mène à la baisse des exigences envers soi, l'établissement de stratégies adaptées à soi, l'appréciation des aliments sains et la consommation plus limitée de nourriture moins saine. La catégorie de la cohérence personnelle comprend la non-intégrité et l'intégrité, la première nuit à l'agentivité tandis que la seconde la favorise. La non-intégrité est caractérisée par une motivation centrée sur la désirabilité sociale, le pessimisme, le manque d'énergie pour l'autoréflexivité, les compensations alimentaires et l'abandon des comportements de santé. L'intégrité est caractérisée par une motivation centrée sur la santé, la priorisation de soi, l'optimisme, la réduction de la peur du jugement, l'augmentation de la motivation à passer à l'action et les comportements de santé réguliers et durables. La catégorie du pouvoir personnel rassemble la toute-puissance, qui nuit à l'agentivité, et le réalisme, qui la favorise. La toute-puissance est associée au manque de restrictions dans les engagements, au désir de démontrer un contrôle sur son poids, au pessimisme, aux obsessions au niveau du poids, à la réduction des calories dans le but de perdre un maximum de poids et à la honte dans le cas d'un échec. Le réalisme demande de faire des choix et des renoncements. Il amène à respecter son rythme, favorise l'optimisme, une meilleure réflexion au sujet de la gestion du poids, une réduction de la pression et un passage à l'action plus facile.

Les résultats ont ensuite été mis en lien avec les écrits scientifiques. Pour la catégorie de la valeur personnelle, les écrits montrent que la honte peut soutenir la régulation des comportements de santé chez les personnes qui n'ont pas de problèmes importants de gestion du poids. Chez celles qui ont un problème important à cet égard, la honte mène bien souvent à des comportements alimentaires compensatoires, à des troubles alimentaires (Jankauskiene & Pajaujiene, 2012; Tiggemann & Williams, 2012), à la réduction de la pratique de l'activité physique et à un gain de poids (Jackons, et al., 2014). L'acceptation, de son côté, est un courant important dans le domaine de la gestion du poids. À ce titre, l'approche « En santé peu importe la taille » a montré les impacts suivants : réduction de la détresse psychologique (Carrol, et al., 2007); amélioration de la qualité de vie (Brown, 2009; King, 2007); et maintien des habitudes de vie à long terme (Bacon, et al., 2005). De plus, des études sur la thérapie d'acceptation et d'engagement ont montré comme résultat une réduction des compulsions alimentaires (Lillis, et al., 2011).

En ce qui concerne la catégorie de la cohérence personnelle, les facteurs de la non-intégrité et de l'intégrité ont été mis respectivement en lien avec les concepts de la motivation contrôlée et de la motivation autonome de la théorie de l'autodétermination. Il a été montré que la motivation autonome, contrairement à la motivation contrôlée, que l'on peut associer à la non-intégrité, soutenait l'agentivité en favorisant la pratique de l'activité physique (Teixeira, Carraça et al., 2012), l'alimentation saine (Pelletier et al.,

2004), la réduction des troubles alimentaires (Carter & Kelly, 2015) et le maintien de la perte de poids à moyen terme (Teixeira, Silva et al. (2012).

La troisième catégorie de facteurs, la perception du pouvoir personnel, a été définie comme la résultante de la responsabilité individuelle perçue et du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977), deux concepts étudiés dans les recherches sur la gestion du poids. Les recherches sur la surestimation de la responsabilité individuelle, mises en relation avec la toute-puissance, ont montré qu'elle était associée aux symptômes dépressifs (Sangmoon et al., 2011) et à l'anxiété (Pozza & Dèttore, 2014). La surestimation du sentiment d'efficacité personnelle, associée aussi à la toute-puissance, a également montré des impacts négatifs tels qu'une confiance excessive se traduisant par un faible niveau d'effort (Martin et al., 2004). De son côté, le réalisme permet de garder en tête que la responsabilité individuelle n'est qu'une seule des causes de l'obésité, c'est-à-dire que l'individu a un pouvoir limité sur la gestion de son poids. En contrepartie, une estimation réaliste de la responsabilité individuelle et du sentiment d'efficacité personnelle semble accroître le pouvoir personnel. L'apprentissage de stratégies d'autorégulation et de gestion des objectifs permettrait aussi de l'augmenter.

La problématique de l'obésité et de la gestion du poids est complexe et ne comporte pas de solutions faciles (Ortiz et al., 2015). Beaucoup trop de souffrance assaille les personnes y étant confrontées et d'autres recherches restent à faire suite à la présente étude. Celle-ci a été éclairée par l'expérience des participantes, ainsi que par différents

courants de pensée dans le domaine de la gestion de poids. L'agentivité relative aux comportements de santé, bien que souhaitée, comporte des pièges, dont la honte, la non-intégrité et la toute-puissance, pièges qui peuvent être évités en travaillant à développer l'acceptation de soi, l'intégrité et le réalisme. Ces trois facteurs pourraient être à la source du développement harmonieux de l'agentivité, favorisant ainsi la santé physique et le bien-être psychologique.

Références

- Aichroth, P. (2005). Exercise and sports. Dans S. Feldman & V. Marks (Éds), *Panic nation: Unpicking the myths we're told about food and health* (pp. 261-268). Londres, Royaume-Uni: John Blake.
- Aimé, A. (2012). Surpoids et obésité : doit-on faire de la perte de poids une cible thérapeutique? *Psychologie Québec*, 29(5), 36-39.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1107-1115.
- Alvarez-Leite, J. I. (2004). Nutrient deficiencies secondary to bariatric surgery. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 7(5), 569-575.
- Annesi, J. J. (2011). Self-regulatory skills usage strengthens the relations of self-efficacy for improved eating, exercise, and weight in the severely obese: Toward an explanatory model. *Behavioral Medicine*, 37(3), 71-76.
- Armitage, C. J., Wrigth, C. L., Parfitt, G., Pegington, M., Donnelly, L. S., & Harvie, M. N. (2014). Self-efficacy for temptations is a better predictor of weight loss than motivation and global self-efficacy: Evidence from two prospective studies among overweight/obese women at high risk of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 254-258.
- Avalos, L. C., & Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counselling Psychology*, 53(4), 486-497.
- Ayala, F. (1974). The concept of biological process. Dans F. Ayala & T. Dobzhansky (Éds), *Studies in the philosophy of biology: Reductions and related problems* (pp. 339-356). Berkeley, CA: University of California Press.
- Azétsop, J., & Joy, T. R. (2011). Epistemological and ethical assessment of obesity bias in industrialized countries. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 6(1), 16.

- Bacon, L., & Aphramor, L. (2011). Weight science: evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*, 10(1), 9.
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of American Dietetic Association*, 105(6), 929-236.
- Bakx, J. C., van Weel, C., Koelen, M. A., & van Staveren, W. A. (2005). Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), S179-S186.
- Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 1.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy: Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. Dans R. Schwarzer (Éd.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1996). Reflections on human agency. Dans J. Georgas, M. Manthouli, E. Besevegis, & A. Kokkevi (Éds), *Contemporary psychology in Europe: Theory, research, and applications (Proceedings of the IVth European Congress of Psychology*, pp. 194-210). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman & Co.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75-58.
- Bandura, A. (2004). Selective exercise of moral agency. Dans T. A. Thorkildsen, & H. J. Walberg (Éds), *Nurturing Morality* (pp. 37-57). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164-180.
- Bandura, A. (2007a). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle* (traduit par J. Lecomte). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

- Bandura, A. (2013). The role of self-efficacy in goal-based motivation. Dans E. A. Locke & G. P. Latham (Éds), *New developments in goal setting and task performance* (pp. 147-157). New York, NY: Taylor & Francis.
- Bandura, A. (2007b). Reflections on an agentic theory of human behavior. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(8), 995-1004.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(6), 601-607.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 27-42.
- Bas, M., & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52(1), 209-216.
- Baumeister, R. F., & Tierney, J. M. T. (2011). *Willpower: Rediscovering the Greatest Human Strength*. New York, NY: Penguin Press.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 141-156.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Benny, M. (2016). La santé psychologique, le bien-être et le bonheur. Dans M. Benny, A. Huot, J.-A. Lalonde, J. Landry-Cuerrier, L. Marinier, & M.-A. Sergerie (Éds), *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale* (2e éd., pp. 77-108). Montréal, QC: Modulo.
- Berman, M. I., Morton, S. N., & Hegel, M. T. (2016). Health at every size and acceptance and commitment therapy for obese, depressed women: Treatment development and clinical application. *Clinical Social Work Journal*, 44(3), 265-278.
- Bissell, P., Peacock, M., Blackburn, J., & Smith, C. (2016). The discordant pleasures of everyday eating: Reflections on the social gradient in obesity under neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 159, 14-21.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blumfield, M. L., Bei, B., Zimberg, I. Z., & Cain, S. W. (2018). Dietary disinhibition mediates the relationship between poor sleep quality and body weight. *Appetite*, 120, 602-608.
- Bourassa, B. Serre, F. & Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Brown, L. B. (2009). Teaching the « Health at every size » paradigm benefits future fitness and health professionals. *Journal of Nutrition, Education, and Behavior*, 41(2), 144-145.
- Brownell, K. D. (1991). Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 10(5), 303-310.
- Brownell, K. D., & Horgen, K. B. (2004) *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis, and what we can do about it*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight?. *American Psychologist*, 49(9), 781-791.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Burk-Braxton, C. L. (1996). Is shame a factor in overweight relapse? *Dissertation Abstracts International*, 57, 6-B.
- Burnette, J. L. (2010). Implicit theories of body weight: Entity beliefs can weigh you down. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 410-422.
- Burnette, J. L., & Finkel, E. J. (2012). Buffering against weight gain following dieting setbacks: An implicit theory intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(3), 721-725.
- Byrne, S., Barry, D., & Petry, N. M. (2012). Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite*, 58(2), 695-698.
- Caldwell, K. L., Baime, M. J., Wolever, R. Q. (2012). Mindfulness Based Approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 269-282.

- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55-60.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle? *Savoirs*, 5, 9-50.
- Carrier, K. M., Steinhardt, M. A., & Bowman S. (1994). Rethinking traditional weight management programs: A three-year follow-up evaluation of a new approach. *Journal of Psychology*, 128(5), 517-535.
- Carrol, S., Borkoles, E., & Polman, R. (2007). Short-term effects of a non-dieting lifestyle intervention program on weight management, fitness, metabolic risk, and psychological well-being in obese premenopausal females with the metabolic syndrome. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32(1), 125-142.
- Carter, J. C., & Kelly, A. C. (2015). Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 76-90.
- Chambliss, C. A., & Murray, E. J. (1979). Efficacy attribution, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 349-353.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739-744.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cockell, S. J., Geller S., & Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10(5), 359-375.
- Colvin, R. H., & Olson, S. B. (1983). A descriptive analysis of men and women who have lost significant weight and are highly successful at maintaining the loss. *Addictive Behaviors*, 8(3), 287-295.
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Consoli, S. M. (1996). L'hypertension artérielle essentielle. *L'Information cardiologique*, 20(6), 244-253.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4(2), 197-215.

- Costa, J., Marôco, J., Gouveia, J. P., & Ferreira, C. (2016). Shame, self-criticism, perfectionistic self-presentation and depression in eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 315-328.
- Crandall, C. S., & Reser, A. H. (2005). Attributions and weight-based prejudice. Dans K. D. Brownell, R. M. Pulh, M. B. Schwartz, & L. Rudd (Éds), *Weight bias: Nature, consequences, and remedies* (pp. 83-96). New York, NY: The Guilford Press.
- Crane, M. M., Jeffery, R. W., & Sherwood, N. E. (2017). Exploring gender differences in a randomized trial of weight loss maintenance. *American journal of men's health*, 11(2), 369-375.
- Curioni, C. C., & Lourenço, P. M. (2005). Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(10), 1168-1174.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medecine*, 18(6), 260-264.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., & Guay, F. (2013). Self-determination theory and actualization of human potential. Dans D. M. McInerney, H. W. Marsh, R. G. Craven, & F. Guay (Éds), *Theory driving research: New wave perspectives on self-processes and human development* (pp. 109-133). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (2^e éd., pp.1-28). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Descamps, J., Hautekeete, M., Bougenière, F., Benaisa, K., & Romon, M. (2010). Étude du questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 20(1), 22-30.
- Descartes, R. (2008). *Discours de la méthode* (notes et bibliographie par L. Renault). Paris : Flammarion. (Ouvrage original publié en 1637).
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal, Qc : Chenelière/McGraw-Hill.
- De Zwaan, M., Mitchell, J., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., & Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 43-52.
- Diaz, V. A., Mainous, A. G., & Everett, C. J. (2005). The association between weight fluctuation and mortality: Results from a population-based cohort study. *Journal of Community Health*, 30(3), 153-165.
- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2), 175-187.
- Dombrowski, S. U., Knittle, K., Avenell, A., Araujo-Soares, V., & Sniehotta, F. F. (2014). Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: Systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*, 348, g2646.
- Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L., & Williamson, D. F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29(10), 1153-1167.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697.
- Elder, H. K. (2011). Gender differences in motivation for constructive weight loss practices: self-perception, self-evaluation, and motives. *Dissertation Abstracts International*, 72(12-B).

- Elfhag K., & Rössner S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85.
- Esmail, N., & Brown, J. (2005, mai). The wrong defense for tackling obesity. *Fraser Forum*, 3-4. Repéré à <https://www.heartland.org/publications-resources/publications/the-wrong-defense-for-tackling-obesity>.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative Methods in Social Research*. Montréal: McGraw Hill.
- Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fodor, J. & Pylyshyn, Z. (1988). Connectionism and cognitive architecture: A critical analysis. *Cognition*, 28(1), 3-71.
- Fodor, J. A. (1975). *The language of thought* (Vol. 5). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*, 84, 171-180.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: A randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21(6), 1119-1126.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., & Bradley, L. E. (2015). Acceptance-based behavioral treatment for weight control: A review and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 2, 87-90.
- Forster, J. L., & Jeffrey, R. W. (1986). Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem, and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addictive Behaviors*, 11(2), 141-147.
- Frank, E. S. (1989). Shame and guilt in eating disorders. *Dissertation Abstracts International*, 50, 3896A.

- Fraser, L. (1998). *Losing it: False hopes and fat profits in the diet industry*. New York, NY: Plume.
- Freud, S. (2002). *Introduction à la psychanalyse: leçons professées en 1916* (traduit par S. Jankélévitch) [Version numérique]. Les classiques des sciences sociales, doi:10.1522/cla.frs.int.
- Gard, M. (2011). Truth, belief and the cultural politics of obesity scholarship and public health policy. *Critical Public Health*, 21(1), 37-48.
- Gard, M., & Wright, J. (2005). *The obesity epidemic: Science, morality and ideology*. London, UK: Routledge.
- Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 729-780.
- Gearhardt, A. N., Bragg, M. A., Pearl, R. L., Schvey, N. A., Roberto, C. A., & Brownell, K. D. (2012). Obesity and public policy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 405-430.
- Glynn, S. M., & Ruderman, A. J. (1986). The development of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*, 10(4), 403-420.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of a spoiled identity*. New York, NY: Prentice-Hall.
- Goss, K., & Gilbert, P. (2007). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. Dans P. Gilbert & J. Miles (Éds), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment*. Londres, Royaume-Uni: Routledge.
- Gross, J. J. (Éd.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Hafekost, K., Lawrence, D., Mitrou, F., O'Sullivan, T. A., & Zubrick, S. R. (2013). Tackling overweight and obesity: Does the public health message match the science? *BMC Medicine*, 11(1), 41.
- Haggard, P., & Lau, H. (2013). What is volition?. *Experimental Brain Research*, 229(3), 285-287.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Harris, J. (2006). The process by which relative autonomous motivation affects intentional behavior: Comparing effects across dieting and exercise behaviors. *Motivation and Emotion*, 30(4), 306-320.

- Han, D., Duhachek, A., & Agrawal, N. (2014). Emotions shape decisions through construal level: The case of guilt and shame. *Journal of Consumer Research*, 41(4), 1047-1064.
- Hartmann, C., Dohle, S., & Siegrist, M. (2015). A self-determination theory approach to adults' healthy body weight motivation: A longitudinal study focusing on food choices and recreational physical activity. *Psychology and Health*, 30(8), 924-948.
- Hartz, A. J., Kalkhoff, R. K., Rimm, A. A., & McCall, R. J. (1979). A study of factors associated with the ability to maintain weight loss. *Preventive medicine*, 8(4), 471-483.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York, NY: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Towhig, M. P., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? Dans S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). New York, NY: Springer.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Hektner, J. M., Schmidt, J. A., & Csikszentmihalyi, M. (2007). *Experience sampling method: Measuring the quality of everyday life*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hoffman, M. L. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization. Dans E. T. Higgins, D. Ruble & W. W. Hartup (Éds), *Social cognition and social development: A sociocultural perspective* (pp. 236-274). New York, NY: Cambridge University Press.
- Holdroyd, E., Sirker, A., Kwok, C. S., Kontopantelis, E., Ludman, P., De Belder, M. A., ... Mamas, M. (2017). The relationship of body mass index to percutaneous coronary intervention outcomes: Does the obesity paradox exist in contemporary PCI cohorts? Insights from the British Cardiovascular Intervention Society registry. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 10(13), 1283-1292.
- Hsu, L. K. G., Mulliken, B., McDonagh, B., Das, S. K., Rand, W., Fairburn, C. G., ... & Dwyer, J. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26(10), 1398-1403.

- Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity*, 22(12), 2485-2488.
- James, W. (1981). *The principles of psychology* (Vol. 1). Cambridge, MA: Harvard University Press. (Ouvrage original publié en 1890).
- Jankauskiene, R., & Pajaujiene, S. (2012). Disordered eating attitudes and body shame among athletes, exercisers and sedentary female colleague students. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 52(1), 92-101.
- Jones, A., & Crandall, R. (1986). Validation of a short index of self-actualization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(1), 63-73.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. W., Brolin, R. E., & LaMarca, L. B. (2002). Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obesity Surgery*, 12(2), 270-275.
- Kant, E. (2003). *Critique de la raison pratique* (traduit par J.-P. Fossier). Paris : Flammarion. (Ouvrage original publié en 1788).
- Kayman, S., Bruvold, W., & Stern, J. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: Behavioral aspects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(5), 800-807.
- Kersh, R. (2009). The politics of obesity: A current assessment and look ahead. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 295-316.
- King, C. (2007). Health at every size approach to health management: The evidence is weighed. *Topics in Clinical Nutrition*, 22(3), 272-285.
- Kolata, G. (2004, 30 septembre). Health and money issues arise over who pays for weight loss. *New York Times*, A1 C4.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61.
- Lang, A., & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 102-114.

- Larson, R., & Csikszentmihalyi, M. (1983). The Experience Sampling Method. Dans H. T. Reis (Éd.), *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science* (pp. 41-56). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Latham, G. P., & Locke, E. A. (1991). Self-regulation through goal setting. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 212-247.
- Lawrence, R. G. (2004). Framing obesity: The evolution of news discourse on a public health issue. *The Harvard International Journal of Press/Politics*, 9(3), 56-75.
- Leavy, M. R. (2004). Digging deeper: The fundamental nature of « self-conscious » emotions. *Psychological Inquiry*, 15(2), 129-131.
- Leonard, P. S. (2017). Do school junk food bans improve student health? Evidence from Canada. *Canadian Public Policy*, 43(2), 105-119.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348-354.
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior Modification*, 35(3), 252-264.
- Magkos, F., Fraterrigo, G., Yoshono, J., Luecking, C., Kirbach, K., Kelly, S. C., ... & Klein, S. (2016). Effects of Moderate and Subsequent Progressive Weight Loss on Metabolic Function and Adipose Tissue Biology in Humans with Obesity. *Cell Metabolism*, 23(4), 591-601.
- Mann, T., Tomiyama, E. W., Lew, A. M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220-233.
- Manstead, A. S. R. (2000). The role of moral norm in the attitude-behavior relationship. Dans D. J. Terry, & M. A. Hogg (Éds), *Attitudes, behavior, and social context: The role of norms and group membership* (pp. 11-30). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(1), 60-66.

- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioral regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2), 191-196.
- Martin, P. D., Dutton, G. R., & Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*, 12(4), 646-651.
- Mask, L. (2011). Self-determination theory perspective of women's body image and eating-related concerns in response to media portrayals of the female body (Thèse de doctorat inédite). Université d'Ottawa. Repérée à https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/20259/1/Mask_Lisa_2011_thesis.pdf.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Mathieu, J. (2009). What should you know about mindful and intuitive eating?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982-1987.
- Matos, M., Ferreira, C., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Eating disorders: When social rank perceptions are shaped by early shames experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 38-53.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.C., & Turcotte, D. (2000). *Méthode de recherche en intervention sociale*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.
- McFarlane, T., Polivy J., & McCabe, R. E. (1999). Help, not harm: Psychological foundation for a nondieting approach toward health. *Journal of Social Issues*, 55(2), 261-276.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.; traduit par M. H. Rispal; révision scientifique par J.-J. Bonniol). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., & Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*, 41(2), 145-154.
- Miller, W. C. (1999). Fitness and fatness in relation to health: Implications for a paradigm shift. *Journal of Social Issues*, 55(2), 207-219.
- Miller, W. C. (2005). The weight-loss-at-any-cost environment: How to thrive with a health-centered focus. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(1), S89-S93.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Monaghan, L. F. (2008). *Men and the war on obesity: A sociological study*. London: Routledge.
- Monaghan, L. F. (2013). Extending the obesity debate, repudiating misrecognition: Politicising fatness and health (practice). *Social Theory & Health*, 11(1), 81-105.
- Morino, M., Toppino, M., Forestieri, P., Angrisani, L., Allaix, M. E., & Scopinaro, N. (2007). Mortality after bariatric surgery: Analysis of 13,871 morbidly obese patients from national registry. *Annals of Surgery*, 246(6), 1002-1007.
- Mulvaney-Day, N. E., Womack, C. A., & Oddo, V. M. (2012). Eating on the run. A qualitative study of health agency and eating behaviors among fast food employees. *Appetite*, 59(2), 357-363.
- Muris, P., & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 19-40.
- Murray, E. J., & Jacobson, L. I. (1978). Cognition and learning in traditional and behavioral therapy. Dans S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2e éd., pp. 661-687). New York, NY: Wiley.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Nietzsche, F. (1972). *Ainsi parlait Zarathoustra* (traduit par G.-A. Goldschmidt). Paris : Le Livre de Poche.
- Nilsson, P. M. (2008). Is weight loss beneficial for reduction of morbidity and mortality? What is the controversy about?. *Diabetes Care*, 31(2), S278-S283.
- Nothwehr, F., Snetselaar, L., & Wu, H. (2006). Weight management strategies reported by rural men and women in Iowa. *Journal of nutrition education and behavior*, 38(4), 249-253.
- O'Connor, L. E., Berry J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonnal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 181-203.
- Ortiz, S. E., Zimmerman, F. J., & Gilliam, F. D. (2015). Weighing in: The taste-engineering frame in obesity expert discourse. *American Journal of Public Health*, 105(3), 554-559.

- Otis, N., & Pelletier, L. G. (2008). Women's regulation styles for eating behaviors and outcomes: The mediating role of approach and avoidance food planning. *Motivation and Emotion*, 32(1), 55-67.
- Paffenbarger, R. S., Wing, A. L., & Hyde, R. T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108(3), 161-175.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Palmeira, A. L., Teixeira, P. J., Branco, T. L., Martins, S. S., Minderico, C. S., Barata, J. T., ... & Sardinha, L. B. (2007). Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 14.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovenic-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245-277.
- Penney, T. L., & Kirk, S. F. L. (2015). The health at every size paradigm and obesity: Mission empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward. *American Journal of Public Health*, 105(5), e38-e42.
- Perri, M. G. (1998). The maintenance of treatment of effects in the long-term management of obesity. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5(4), 526-543.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A casual analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. Dans C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Éds), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173-205). New York, NY: Guilford Press.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, QC: Gaëtan Morin.

- Pozza, A., & Dèttore, D. (2014). Are inflated responsibility beliefs specific to OCD? Meta-analysis of the relations of responsibility to OCD, anxiety disorders, and depression symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(6), 170-181.
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression, *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918.
- Presnell, K., Pells, J., Stout, A., & Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating behaviors*, 9(2), 170-180.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213-227.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rasmussen Hall, M. L. (2006). Distress intolerance, experiential avoidance, and alexithymia: Assessing aspects of emotion dysregulation in undergraduate women with and without histories of deliberate self-harm and binge/purge behavior. *Dissertation Abstracts International*, 67, 9-B.
- Ravussin, E., & Ryan, D. H. (2016). Energy expenditure and weight control: Is the biggest loser the best loser?. *Obesity*, 24(8), 1607-1608.
- Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing Research*, 49(3), 154-159.
- Robinson, J., Putnam, K., & McKibbin, L. (2007). Health at every size: A compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns—Part II. *AAOHN Journal*, 55(5), 185-192.

- Robison, J. (2005). Health at every size: Toward a new paradigm of weight and health. *Medscape General Medicine*, 7(3), 13.
- Rogers, C. R. (1957). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *The Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- Ross, K. M., Thomas, J. G., & Wing, R. R. (2016). Successful weight loss maintenance associated with morning chronotype and better sleep quality. *Journal of behavioral medicine*, 39(3), 465-471.
- Rössner, S., Hammarstrand, M., Hemmingsson, E., Neovius, M., & Johansson, K. (2008). Long-term weight loss and weight-loss maintenance strategies. *Obesity reviews*, 9(6), 624-630.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Rotter, J. B. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5(1), 58-59.
- Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99(2), 247-262.
- Rueda-Clausen, C. F., Ogunleye, A. A., & Sharma, A. M. (2015). Health benefits of long-term weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 35, 475-516.
- Ryan, D. H., & Yockey, S. R. (2017). Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Current Obesity Reports*, 6(2), 187-194.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), 450-461.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565.
- Saelens, B. E., Gehrman, C. A., Sallis, J. F., Calfas, K. J., Sarkin, J. A., & Caparosa, S. (2000). Use of self-management strategies in a 2-year cognitive-behavioral intervention to promote physical activity. *Behavior Therapy*, 31(2), 365-379.
- Saguy, A. C., & Campos, P. (2011). Medical and social scientific debates over body weight. Dans J. Cawley (Éd.), *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity* (pp. 572-586). New York, NY: Oxford University Press.
- Saguy, A. C., & Riley, R. W. (2005). Weighing both sides: Morality, mortality, and framing contests over obesity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(5), 869-923.
- Salkovski, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 573-583.
- Sangmoon, K., Thibodeau, R., & Jorgensn, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Éds), *La recherche en éducation: étapes et approches* (pp. 122-151). Sherbrooke, QC : Éditions du CRP.
- Sheeley, A. E. (2005). Dietary restraint, self-efficacy, and gender differences in weight loss program participants. *Dissertation Abstracts International*, 66(8-B).
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Schwartz, R. (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Sheldon, K. M., Williams, G. C., & Joiner, T. (2003). *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sherwood, N. E., Jeffery, R. W., & Wing, R. R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 23(5), 485-493.

- Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., ... & Teixeira, P. J. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-year weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(4), 728-737.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Free Press.
- Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement : un essai théorique* (traduit par A. M. Richelle & M. Richelle). Bruxelles, Belgique : C. Dessart.
- Sonntag, U., Esch, T., von Hagen, L., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2010). Locus of control, self-efficacy and attribution tendencies in obese patients - implications for primary care consultations. *Medical Science Monitor*, 16(7), CR330-CR335.
- Stable, G. J., Subar, A. F., Patterson, B. H., Dodd, K., Heimendinger, J., Van Duyn, M. A. S., & Nebeling, L. (2002). Changes in vegetable and fruit consumption and awareness among US adults: Result of the 1991 and 1997, 5 a day for better health program surveys. *Journal of American Dietetic Association*, 102(6), 809-817.
- Stanton, A. L., Garcia, M. E., & Green, S. B. (1990). Development and validation of the Situational Appetite Measures. *Addictive Behaviors*, 15(5), 461-472.
- Statistique Canada (2014a). Activité physique durant les loisirs, 2013. *Feuillets d'information sur la santé*. Repéré le 5 février 2015 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14024-fra.htm>.
- Statistique Canada (2014b). Composition corporelle des adultes, 2012 à 2013. *Feuillets d'information sur la santé*. Repéré le 5 février 2015 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14104-fra.htm>.
- Statistique Canada (2014c). Consommation de fruits et de légumes, 2013. *Feuillets d'information sur la santé*. Repéré le 5 février 2015 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14018-fra.htm>.
- Statistique Canada (2014d, 29 octobre). Enquête canadienne sur les mesures de la santé: données sur les ménages et les mesures physiques, 2012 à 2013. *Le Quotidien*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141029/dq141029c-fra.htm>.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1995). *Social psychology and health*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Strong, K. G., & Huon, G. F. (1999). Controlled motivation and the persistence of weight-loss dieting. *European Eating Disorders Review*, 7(2), 136-146.

- Swinburn, B. A. (2008). Obesity prevention: The role of policies, laws and regulations. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5(1), 12.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tarquínio, C., Costantini, M. L., & Fischer, G. N. (2002) Soutien social et prise en charge psychologique des malades. Dans G. N. Fischer (Éds), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 389-404). Paris, France: Dunod.
- Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4e éd.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Teachman, B. A., Gapinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyara, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22(1), 68-78.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 78-108.
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., ... & Sardinha, L. B. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18(4), 725-735.
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 22.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Throsby, K. (2007). "How could you let yourself get like that?": Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Social science & medicine*, 65(8), 1561-1571.
- Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women: A comprehensive test of objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 66-75.
- Tjepkema, M. (2006). Obésité chez les adultes. *Rapports sur la santé [Statistique Canada]*, 17(3), 9-26. Repéré le 30 septembre 2014 à <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/2006/9276-fra.pdf>.

- Tomkins, S. S. (1987). Shame. Dans D. L. Nathanson (Éd.), *The many faces of shame* (pp. 133-161). New York, NY: Guilford Press.
- Tsang, N. M., Pai, P. C., Chuang, C. C., Chuang, W. C., Tseng, C. K., Chang, K. P., ... Chang, J. T. C. (2016). Overweight and obesity predict better overall survival rates in cancer patients with distant metastases. *Cancer Medicine*, 5(4), 665-675.
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226-240.
- Vale, J. R. (1973). Role of behavior genetics in psychology. *American Psychologist*, 28(10), 871-882.
- Vermersch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vensteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: A self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 21.
- Viera, P. N., Mata, J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Minderico, C. S., ... & Teixeira, P. J. (2010). Predictors of psychological well-being during behavioral obesity treatment in women. *Journal of Obesity*, 2011, 101.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York, NY: Wiley.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., & Sarwer, D. B. (2004). Dieting and the development of eating disorders in obese women: Result of a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(3), 560-568.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Sarwer, D. B., Anderson, D. A., Gladis, M., Sanderson, R. S., ... & Phelan, S. (2004). Dieting and the development of eating disorders in obese women: Result of a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(3), 560-568.
- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: A five-year perspective. *International Journal of Obesity*, 13, 39-46.
- Wang, C. (1992). Cultural meaning and disability: Injury prevention campaigns and the production of stigma. *Social Science and Medicine*, 35(9), 1092-1102.

- Wasserkampf, A., Silva, M. N., Santos, I. C., Carraça, E. V., Meis, J. J. M., Kremes, S. P. J., & Teixeira, P. J. (2014). Short- and long-term theory-based predictors of physical activity in women who participated in a weight-management program. *Health Education Research*, 29(6), 941-952.
- Weinberg, R. S., Hugues, H., Critelli, J., England, R., & Jackson, A. (1984). Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality*, 18(3), 352-258.
- Weiner, B. (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 99-104.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Wing, R. R. (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. Dans G. A. Bray, C. Bouchard, & W. P. T. James (Éds), *Handbook of obesity* (pp. 855-873). New York, NY: Marcel Dekker.
- Wood, M. (2005, 13 février). Parents to blame for obese children. *The Sun-Herald*, 13, 9.
- Wood, R. E., & Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 407-415.
- Wright, S. M., & Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Radiology*, 37(5), 730-732.

Appendice A

Consignes pour le recrutement des participantes

Consignes pour le recrutement de participantes à une recherche portant sur l'obésité

Objectifs de la recherche

Identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité (le pouvoir d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence) chez les personnes désirant gérer leur poids.

Décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

Critères de recrutement des participantes

- Nous cherchons des femmes rencontrant les critères d'obésité.
- Qui désirent gérer leur poids par la modification de leur alimentation et par une pratique régulière d'activité physique.
- Qui ont l'intention de perdre du poids et de maintenir une perte de poids.
- Ces participantes ont fait des tentatives, mais elles ont des difficultés à passer à l'action de manière constante pour atteindre leurs objectifs.

Forme de la collecte de données

L'entretien semi-dirigé aura une durée d'une à deux heures et il sera réalisé dans un lieu qui convient aux participantes.

Avantages pouvant découler de la participation à cette recherche

La participation à ce projet de recherche représentera une occasion de réfléchir sur les facteurs psychologiques pouvant influencer la gestion du poids. Les participantes contribueront à l'avancement des connaissances sur le plan de la modification des habitudes de santé.

Procédure

Vous pouvez remettre le document « Intéressée à participer à une étude sur la gestion du poids ? » à vos clientes qui rencontrent les critères ci-dessus. Si vos clientes sont intéressées, elles pourront contacter le chercheur principal :

Jean-François Villeneuve :

Psychologue et étudiant chercheur au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke

Nous vous remercions grandement de votre collaboration.

Appendices B

Document à remettre aux participantes

Intéressée à participer à une étude sur la gestion du poids ?

Objectifs de l'étude

Identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité (le pouvoir d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence) chez les personnes désirant gérer leur poids.

Décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

Participants recherchés

Nous cherchons des femmes :

- Qui rencontrent les critères d'obésité.
 - N.B. : L'obésité correspond à un IMC (indice de masse corporelle) au-delà de 30. $IMC = \text{masse (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$.
- Qui ont entrepris des démarches pour gérer leurs poids par la modification de leur alimentation et par une pratique régulière d'activité physique.²
- Qui ont fait des tentatives, mais qui ont des difficultés à passer à l'action de manière constante pour atteindre leurs objectifs.

Déroulement de l'étude

L'entretien semi-dirigé aura une durée d'une à deux heures et il sera réalisé dans un bureau du Centre ÉPIC les lundis ou les mercredis dans la journée.

Avantages pouvant découler de votre participation à cette recherche

Votre participation à ce projet de recherche représentera une occasion de réfléchir sur les facteurs psychologiques pouvant influencer la gestion de votre poids. Vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur le plan de la modification des habitudes de santé.

Pour plus d'informations

Jean-François Villeneuve :

Psychologue et étudiant chercheur au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke

² Dans le but d'étudier l'expérience de personnes dans une situation similaire, nous ne cherchons pas des personnes visant une perte de poids par l'intermédiaire de moyens chirurgicaux ou à l'aide de médication.

Appendices C

Canevas d'entretien

Canevas d'entretien

Introduction : Le but est d'explorer les facteurs qui influencent le pouvoir que vous possédez sur vos comportements dans la gestion de votre poids. Nous allons principalement nous intéresser aux facteurs psychologiques, à votre expérience et aux manières dont vous réagissez.

Questions générales

Quels sont les facteurs psychologiques qui influencent votre agentivité, c'est-à-dire le pouvoir que vous avez sur vos comportements dans la gestion de votre poids?

Quels sont les effets de chacun de ces facteurs sur les quatre propriétés de l'agentivité (intentionnalité, capacité de se projeter dans le futur, autoréactivité, autoréflexivité)?

Questions spécifiques #1

Lorsque ça va mal, qu'est-ce qui se passe?

Quels sont les principaux défis que vous rencontrez (ou avez rencontrés) dans la gestion de votre poids et quels sont les facteurs psychologiques qui y contribuent?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez (ou avez rencontrés) dans la gestion de votre poids et quels sont les facteurs psychologiques qui y contribuent?

Lorsque ça va bien, qu'est-ce qui se passe?

Parlez-moi des succès que vous avez eus sur le plan de la gestion de votre poids et des facteurs psychologiques qui y ont contribué?

Quels sont les facteurs psychologiques aidant dans la gestion de votre poids?

Questions spécifiques #2

Pour établir des liens entre l'expérience de la participante et les 4 propriétés de l'agentivité

(Expliquer les 4 propriétés de l'agentivité, montrer la feuille des définitions)

N.B. : Être descriptif, rapportez-vous à une expérience précise.

De quelle manière ces facteurs influencent-ils votre capacité à former librement des intentions? (ou à faire des choix libres)

De quelle manière ces facteurs influencent-ils votre capacité à vous projeter dans le futur, votre capacité à visualiser l'atteinte de vos objectifs et les résultats de vos actions?

De quelle manière ces facteurs influencent-ils votre capacité d'observer votre fonctionnement et de réfléchir sur votre efficacité quant à la gestion de votre poids ?

De quelle manière ces facteurs influencent-ils votre capacité à remettre en question vos croyances quant à la gestion du poids ?

De quelle manière ces facteurs influencent-ils votre habileté à agir (passer à l'action) réellement dans le quotidien dans le sens de vos engagements au niveau de la gestion de votre poids ?

Appendices D

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Les facteurs influençant l'agentivité (pouvoir sur ses comportements) chez les personnes désirant gérer leur poids.

Responsables du projet

M. Jean-François Villeneuve, psychologue et étudiant au doctorat professionnel en psychologie de l'Université de Sherbrooke, est le premier responsable de ce projet. Vous pouvez le rejoindre au X. Mme Lucie Mandeville, professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke est la deuxième responsable de ce projet. Vous pouvez la rejoindre au X.

Objectifs de l'étude

Identifier les facteurs psychologiques influençant l'agentivité (le pouvoir d'avoir intentionnellement une influence sur son propre fonctionnement, sur les circonstances de sa vie et le cours de son existence) chez les personnes désirant gérer leur poids.

Décrire les effets de ces facteurs psychologiques sur les quatre propriétés de l'agentivité telle que définie par Bandura (2006), c'est-à-dire l'intentionnalité, la capacité de se projeter dans le futur, l'autoréactivité et l'autoréflexivité.

Nature de votre participation

Il est entendu que votre participation à ce projet est requise pour un entretien d'environ 60 à 120 minutes. Cet entretien aura lieu selon vos disponibilités et à l'endroit qui vous convient. Vous aurez à répondre à des questions portant sur l'objectif de ce projet de recherche. Cet entretien sera enregistré sur bande audio, puis retranscrit sous forme verbatim. Si jugé nécessaire, des questions additionnelles pourront vous être posées dans un deuxième temps par téléphone dans le but d'aller chercher des compléments d'information. Le cas échéant, vous serez contacté(e) à ce sujet par Jean-François Villeneuve.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche représente une occasion de réflexion en profondeur sur les facteurs pouvant influencer votre gestion du poids. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances au niveau de l'autogestion des comportements de santé.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter de risques ni d'inconvénients significatifs. Vous aurez à consacrer un certain temps au premier entretien et, si nécessaire, lors d'un contact subséquent pour des questions additionnelles. Il est possible que vous vous sentiez inconfortable de partager certaines informations. Si c'est le cas, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Il se pourrait que, durant la rencontre, vous ressentiez de la fatigue. Il vous sera alors possible de prendre une pause ou de poursuivre l'entretien à un autre moment qui vous conviendra. Si, à la suite de votre participation, vous demeurez troublés, il est possible pour vous d'obtenir du support en contactant certaines ressources. Voici le numéro de différentes ressources auxquelles vous pourrez vous référer si vous en ressentez le besoin.

Outremangeurs anonymes : 514-490-1939 (1-877-509-1939)

Clinique des troubles alimentaires BACA : 514-544-2323

Groupe d'action sur le poids Équilibre : 514-270-3779

SOS-suicide : 1-800-595-5580

Centre de crise de Québec : (418) 688-4240

Tel-Aide Québec : 1-877-700-2433

CSSS de votre région

Ordre des psychologues du Québec : 1-800-363-2644

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que votre participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et qu'à tout moment, vous restez libre de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui _ Non _

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, programme d'études, enregistrements audio. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche. Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre à l'objectif scientifique du projet de recherche décrit dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec les membres de l'équipe de recherche lors de discussions scientifiques. Toutefois, aucun renseignement permettant de vous identifier ne sera publié ou communiqué et les membres de l'équipe seront eux aussi tenus à la confidentialité. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies fassent l'objet de communications scientifiques dans des revues spécialisées. Dans un tel cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux et rien ne permettra de vous identifier, garantissant la confidentialité.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche. Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à **Mme Dominique Lorrain**, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : .

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions, lesquelles ont été répondues, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 20__.

Déclaration de responsabilité du chercheur de l'étude

Je, _____, chercheur principal de l'étude, déclare que je suis responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude : _____

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 20__.